

Átrio Esquerdo Gigante por Provável Doença Reumática e Insuficiência Mitral Funcional Atrial

Giant Left Atrium due to Probable Rheumatic Disease and Atrial Functional Mitral Insufficiency

Israel Nilton de Almeida Feitosa,¹ Isaac Newton Guimarães Andrade¹

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares,¹ Campina Grande, PB – Brasil

Introdução

Átrio esquerdo gigante é uma condição rara e a maioria dos casos descritos na literatura está associada à doença reumática.¹ Entretanto, algumas descrições clínicas sugerem uma etiologia não reumática para esta condição, na qual os achados característicos da doença reumática não são identificados ou os achados anatomopatológicos não indicam uma etiologia específica.

A fibrilação atrial está presente em quase todos os casos e contribui para a manutenção do remodelamento atrial esquerdo e alterações persistentes em sua estrutura e função.²

Embora o mecanismo da doença valvar mitral possa inicialmente estar associado a uma anormalidade primária do aparelho valvar, a dilatação acentuada do anel mitral e outras alterações na morfologia valvar muitas vezes levam ao desenvolvimento de insuficiência mitral funcional.³

Relato de caso

Um homem de 35 anos foi encaminhado para acompanhamento ecocardiográfico ambulatorial após consultar um cardiologista devido a queixas de dor torácica. Negou apresentar dispnéia aos esforços, ortopneia ou dispnéia paroxística noturna. Antecedente de correção cirúrgica de comunicação interatrial aos 22 anos. Na ocasião, uma radiografia de tórax revelou acentuado aumento da área cardíaca e sugeriu a presença de um derrame pericárdico. O eletrocardiograma demonstrou ritmo de fibrilação atrial. Em consultas anteriores, foram prescritos losartana, carvedilol e espironolactona; o uso da espironolactona foi interrompido pelo paciente por iniciativa própria.

O ecocardiograma transtorácico bidimensional evidenciou um átrio esquerdo gigante com diâmetro anteroposterior de 10,2 mm. O volume do átrio esquerdo foi estimado em aproximadamente 1.200 ml, com volume indexado de

615 ml/m² (Figura 2). A valva mitral apresentava um folheto posterior curto e com mobilidade limitada (*hamstringing*). A cúspide anterior estava alongada, apresentando deslocamento de sua extremidade em direção ao átrio esquerdo (isto é, um pseudoprolapso), o que resultava em significativa falha de coaptação e um refluxo excêntrico de grau importante (Figura 1). Não foram identificados trombos. Embora o aparato subvalvar não apresentasse características típicas de doença reumática (p.ex., cordas tendíneas sem encurtamento ou espessamento significativos) e não se observassem calcificações, o exame transtorácico tridimensional revelou fusão bicomissural (Figura 3). As demais valvas não exibiam alterações morfofuncionais relevantes. O ventrículo esquerdo mostrou-se significativamente dilatado, com diâmetro diastólico de 86 mm e volume diastólico de 427 ml, e apresentou fração de ejeção reduzida (44%, estimada pelo método de Simpson).

Em consulta de seguimento, foi prescrita terapia anticoagulante e solicitada avaliação para cirurgia cardíaca.

Discussão

A definição de átrio esquerdo gigante é variável. Na radiografia de tórax, é descrito como aquele que se estende até o lado lateral direito da parede torácica.^{1,4} Adicionalmente, pode ser definido por um índice cardiotorácico > 0,7, combinado com um diâmetro anteroposterior do átrio esquerdo superior a 80 mm, conforme avaliação por ecocardiografia transtorácica.⁵

Métodos de imagem, como ressonância magnética cardíaca e tomografia computadorizada, podem ser necessários para uma avaliação mais precisa do tamanho do átrio esquerdo e de sua relação com as estruturas circunvizinhas.⁶

Poucos casos de átrio esquerdo gigante são assintomáticos; quando sintomáticos, geralmente estão relacionados à valvopatia mitral ou à compressão do esôfago e das vias aéreas pelo aumento da parede posterior do átrio esquerdo, resultando em disfagia e disfunção respiratória. O aumento do átrio esquerdo também possibilita a formação de trombos, favorecendo a ocorrência de eventos tromboembólicos.⁷

O manejo cirúrgico envolve a cirurgia valvar mitral isolada ou associada à redução de volume do átrio esquerdo. A principal indicação para redução de volume é a presença de sintomas compressivos intra ou extracardíacos.⁸

No caso relatado, as imagens bidimensionais, bem como aquelas adquiridas pela ecocardiografia tridimensional, demonstram um folheto posterior curto e restrito e aparente fusão bicomissural. A cardiopatia reumática crônica, uma

Palavras-chave

Átrio esquerdo gigante; cardiopatia reumática; ecocardiografia

Correspondência: Israel Nilton de Almeida Feitosa •

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, UDIDE, Unidade de Imagem. R. Carlos Chagas, s/n. CEP: 58400-398. São José, Campina Grande, PB – Brasil

E-mail: inafeitosa@hotmail.com

Artigo recebido em 03/03/2024; revisado em 15/03/2024; aceito em 25/03/2024

Editor responsável pela revisão: Marcelo Tavares

DOI: <https://doi.org/10.36660/abcimg.20240018>

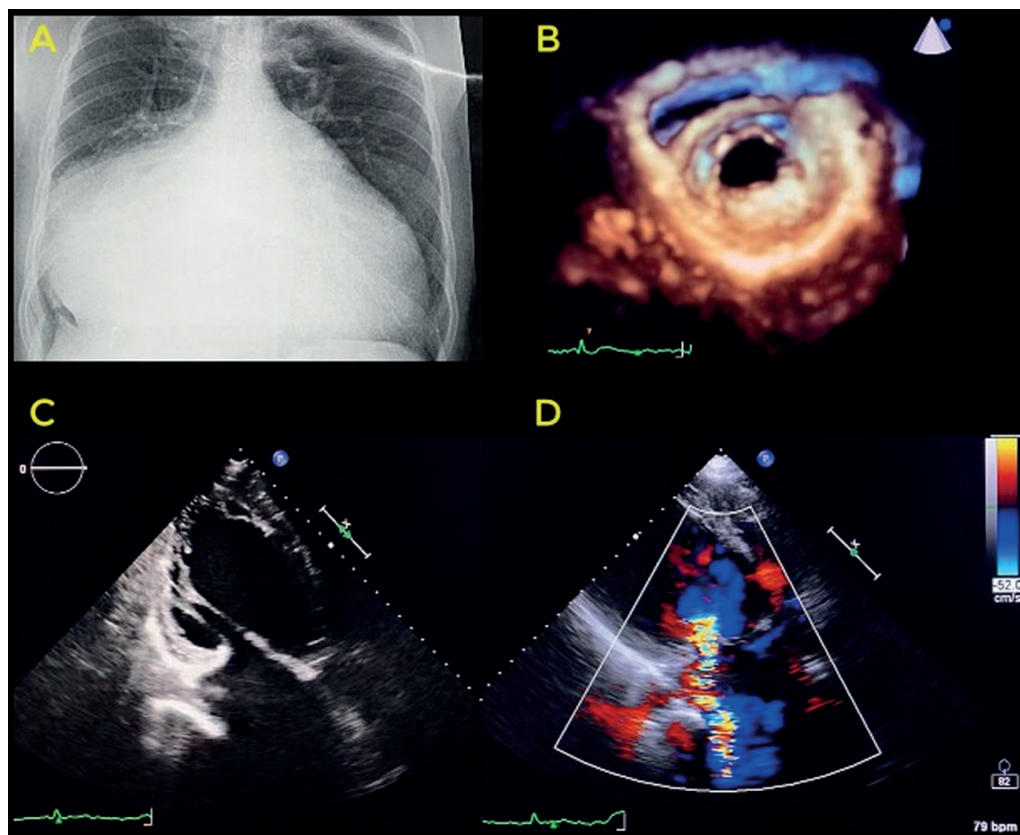


Figura 1 – A) Radiografia de tórax evidenciando aumento da área cardíaca às custas, principalmente, do átrio esquerdo, que toca a borda lateral direita da parede torácica; B) ecocardiograma bidimensional 3D (face ventricular) mostrando um folheto mitral posterior curto/tracionado; C) aparelho subvalvar mitral em janela apical 3 câmaras; D) refluxo mitral importante ao mapeamento em cores.

importante causa de valvopatia mitral no Brasil que possui formas variáveis de apresentação pela ecocardiografia, é comumente associada como uma possibilidade etiológica.

O antecedente de comunicação interatrial patológica, que exigiu correção cirúrgica, levanta a hipótese de que a dilatação dos átrios possa ter ocorrido em algum momento. Essa condição predispõe à fibrilação atrial e pode resultar em insuficiência mitral funcional atrial.

Observa-se também uma significativa dilatação do ventrículo esquerdo associada a uma leve redução da fração de ejeção. No entanto, o papel dessas alterações como causa ou consequência da insuficiência mitral e, consequentemente, do remodelamento atrial esquerdo, não pode ser determinado no contexto da evolução patológica descrita.

Conclusão

O átrio esquerdo gigante é uma condição extremamente rara. O ecocardiograma é um exame de imagem fundamental para o seu reconhecimento, investigação etiológica e definição de conduta. Embora a etiologia reumática seja predominante neste contexto, é importante considerar uma combinação de fatores e causas como contribuintes para a dilatação excessiva do átrio esquerdo.

Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística e redação do manuscrito: Feitosa INA; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Feitosa INA, Andrade ING.

Potencial Conflito de Interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Aprovação Ética e Consentimento Informado

Este artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

Relato de Caso

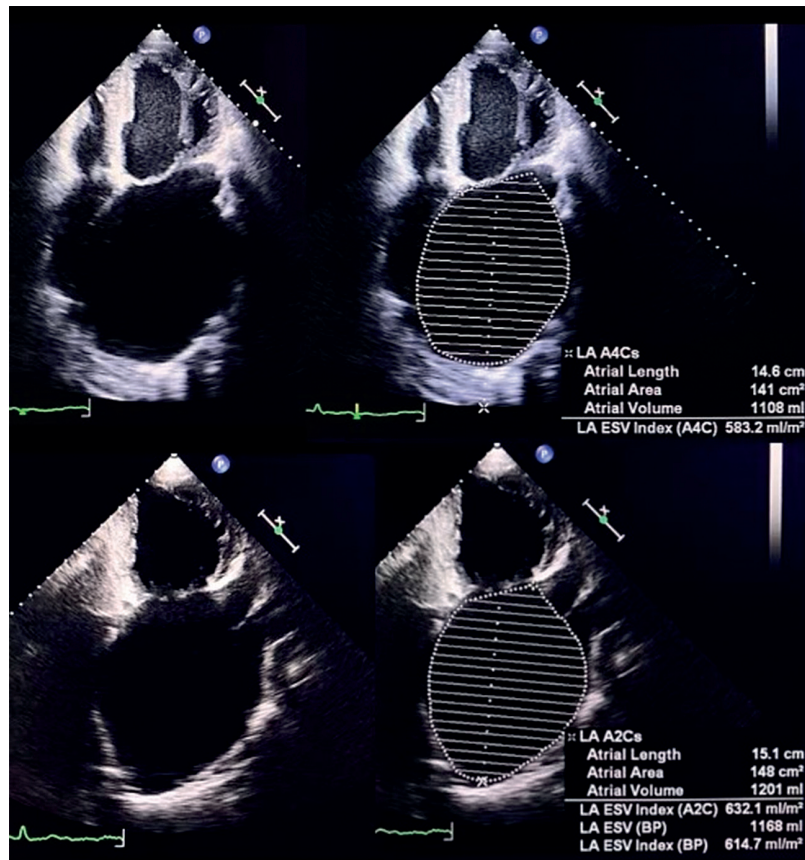


Figura 2 – Ecocardiografia transtorácica bidimensional com medidas do volume atrial esquerdo em janelas apical 2 e 4 câmaras.

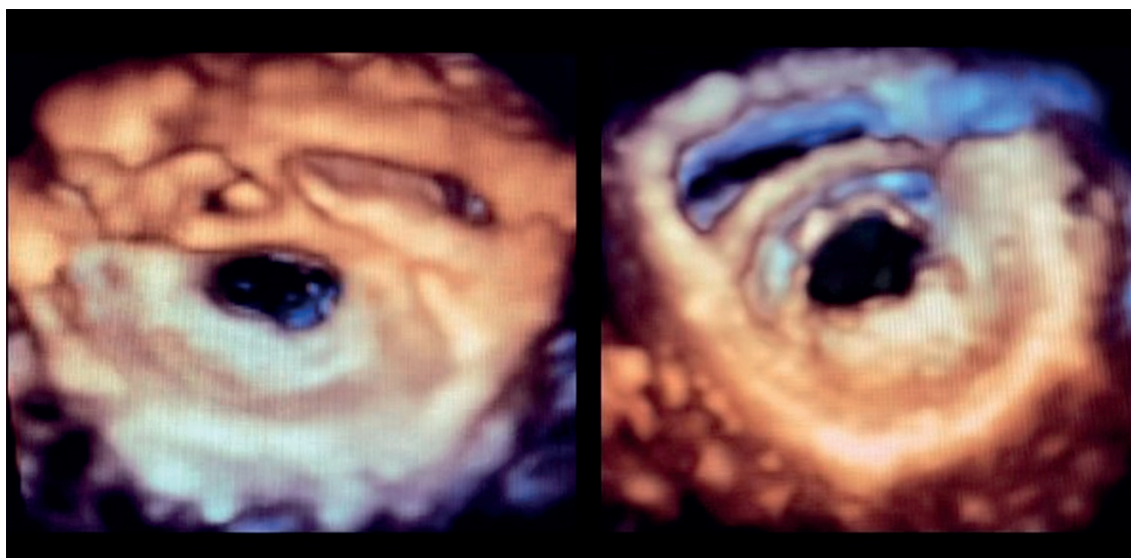


Figura 3 – Ecocardiografia transtorácica tridimensional da valva mitral. À esquerda, face atrial; à direita, face ventricular.

Referências

1. El Maghraby A, Hajar R. Giant Left Atrium: A Review. *Heart Views*. 2012;13(2):46-52. doi: 10.4103/1995-705X.99227.
2. van de Vegte YJ, Siland JE, Rienstra M, van der Harst P. Atrial Fibrillation and Left Atrial Size and Function: A Mendelian Randomization Study. *Sci Rep*. 2021;11(1):8431. doi: 10.1038/s41598-021-87859-8.
3. Honda Y, Watanabe N, Nishino S, Matsuura H, Nishimura M, Yano M, et al. Non-Rheumatic Giant Left Atrium: An Illustrative Case Successfully Treated by Surgical Intervention. *J Cardiol Cases*. 2021;24(2):79-83. doi: 10.1016/j.jccase.2021.01.012.
4. Hurst JW. Memories of Patients with a Giant Left Atrium. *Circulation*. 2001;104(22):2630-1. doi: 10.1161/hc4701.100775.
5. Piccoli GP, Massini C, Di Eusanio G, Ballerini L, Iacobone G, Soro A, et al. Giant Left Atrium and Mitral Valve Disease: Early and Late Results of Surgical Treatment in 40 Cases. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 1984;25(4):328-36.
6. Pandit BN, Aggarwal P, Subramaniyan S, Gujral JS, Nath RK. Largest Giant Left Atrium in Rheumatic Heart Disease. *J Cardiol Cases*. 2020;24(1):10-3. doi: 10.1016/j.jccase.2020.11.022.
7. Darwazah AK, El Sayed H. Giant Left Atrium Associated with Massive Thrombus Formation. *Thromb J*. 2013;11(1):5. doi: 10.1186/1477-9560-11-5.
8. Apostolakis E, Shuhaiber JH. The Surgical Management of Giant Left Atrium. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2008;33(2):182-90. doi: 10.1016/j.ejcts.2007.11.003.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons