O DIAGNÓSTICO IMPROVÁVEL DE UM CASO CLÍNICO COMUM

Diogo China Pereira[1], Carolina Andrade[1], Ana Castanheira[2]

1 – Médico interno de formação específica em MGF, USF Serpa Pinto, ACeS Porto Ocidental; 2 – Médica especialista em MGF, USF Serpa Pinto, ACeS Porto Ocidental

Jornadas de Actualização Cardiológica 2022
Medicina Geral e Familiar

Introdução

A doença de Barlow é um subtipo de doença degenerativa da válvula mitral, com prolapso da mesma e proliferação de tecido mixomatoso. Podem também ser observadas calcificações no anel mitral, cordas alongadas e dilatação anular significativa. A doença de Barlow enquadra-se no modo clássico do prolapso da válvula mitral, com espessamento marcado e difuso dos folhetos (≥5mm), com prolapso dos dois folhetos, ao contrário da forma não clássica, com espessamento discreto ou mesmo ausente. Esta doença é mais frequentemente observada em indivíduos jovens e saudáveis, que são frequentemente assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos como palpitações, dispneia, intolerância ao exercício e desequilíbrio[1,2].

Descrição Caso Clínico

♂ 64 anos

Antecedentes: Asma, Gastrite crónica, Diverticulose, Hipertrofia Benigna Prostática, Ginecomastia, não fumador.
Sem medicação habitual.
Seguimento irregular com o seu médico de família (MF).

Atividade profissional: trabalhava como engenheiro têxtil com exposição superior a 30 anos a fibras de algodão

Consulta

Observado em consulta com o MF por quadro respiratório, com **tosse seca**, recorrente, com vários meses de evolução, associada a **congestão nasal**, sem dispneia, pieira, febre ou perda de peso.
Exame objetivo: à auscultação pulmonar, apresentava **crepitações dispersas, bilaterais**, secas, sem sibilos, enquanto na auscultação cardíaca estava presente um **sopro sistólico, grau II-III/VI, mais audível nos focos mitral e tricúspide**, com sons cardíacos rítmicos e regulares, sem edemas periféricos.

Solicitou-se uma espirometria que revelou:

Alteração ventilatória obstrutiva ligeira, com prova de broncoprovocação positiva, sugerindo hiperreatividade brônquica ligeira.

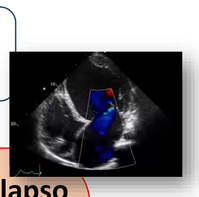
...

Nos meses seguintes, o utente manteve um quadro semelhante, apesar de não recorrer ao MF, tendo inclusive efetuado dois ciclos de antibioterapia. Posteriormente, iniciou **astenia em agravamento**, sendo avaliado por um cardiologista cerca de um ano após a consulta inicial com o MF, que requisitou um eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma.

ECG

Bradicardia sinusal (51 bpm) e um bloqueio fascicular anterior esquerdo

Ecocardiograma



Insuficiência mitral severa por prolapso sistólico da válvula mitral, sobretudo do folheto posterior, com **rotura de corda tendinosa, e dilatação moderada da aurícula esquerda. B**oa função sistólica global de ambos os ventrículos, sem dilatação das câmaras cardíacas e sem outras estruturas valvulares afetadas, sem outras alterações.

TC Tórax

Bolha enfisematosa à esquerda de 6*4cm. Sem outras alterações de relevo.

Referenciou-se a consulta de cirurgia cardiotorácica, tendo repetido ecocardiograma 4 meses mais tarde, já com presença também de **dilatação ligeira do ventrículo esquerdo, insuficiência tricúspide moderada e hipertrofia ligeira do segmento basal do septo interventricular**.

Foi diagnosticado com uma insuficiência cardíaca classe II/III (NYHA) no contexto de valvulopatia - degenerescência mixomatosa válvula mitral – doença de Barlow.

Foi então orientado para **cirurgia para reparação da válvula mitral e tricúspide**, a qual decorreu sem intercorrências, e **medicado com varfarina 5mg durante 3 meses**. Em ecocardiograma posterior, observou-se a manutenção da **hipertrofia septal** e uma **perturbação da motilidade septal**, com insuficiências tricúspide e mitral mínimas.
O doente apresentou uma melhoria significativa das queixas, encontrando-se atualmente em vigilância nas consultas de Cardiologia e Cirurgia Cardiotorácica.

Conclusão

Este caso retrata um utente que, apesar de ter um quadro sugestivo de doença pulmonar, apresentava concomitantemente patologia cardíaca que justificava as queixas apresentadas. Assim, apresenta-se neste caso um utente com doença de Barlow grave, correspondendo a cerca de 4% dos casos desta patologia, cujo tratamento cirúrgico permitiu uma melhoria significativa da sintomatologia. O atraso na requisição de um ecocardiograma transtorácico, bem como a presença de achados relevantes na espirometria e TC torácico, contribuíram para um período mais prolongado até ao estabelecimento do diagnóstico e sua resolução. Deve por isso ser enfatizada a necessidade de se adotar uma abordagem diagnóstica adequada, de forma a promover o tratamento precoce desta patologia e reduzir a sua morbilidade.

Referências: