

Comunicação interatrial não diagnosticada até a terceira idade: um relato de caso

Ana Paula Beirigo Barbosa¹, Gerley Adriano Miranda Cruz¹, Marcus Kalyel Ferreira Godoi¹, Maria Carolina Mota Mendes¹, Salvador Rassi Filho¹, Wesley Lima Guimarães¹, Jalsi Tacon Arruda², Salvador Rassi³.

¹ Discente do curso de medicina na Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

² Doutora, docente do curso de medicina na Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

³ Doutor, docente do curso de medicina na Universidade Federal de Goiás – UFG

RESUMO: A Comunicação Interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita comum em adultos, frequentemente diagnosticada tardiamente, podendo gerar complicações graves com o envelhecimento. Este estudo tem como objetivo relatar um caso de diagnóstico tardio de uma CIA grande (ostium secundum) em idoso com poucos sintomas, destacando a importância da detecção precoce e tratamento adequado. O presente relato destaca um caso de comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum grande, diagnosticada tardiamente em um paciente de 62 anos, inicialmente assintomático. Após sintomas como dispneia progressiva e edema de membros inferiores, exames complementares (raio-x e ecocardiograma) confirmaram a CIA com repercussões importantes. O paciente passou por cirurgia com boa evolução clínica. O ponto central abordado é a falha do sistema de saúde em diagnosticar precocemente uma condição grave e prevalente. Em conclusão, o caso analisado reforça a importância da estruturação e do aperfeiçoamento do sistema de saúde para a identificação precoce da CIA. Embora o paciente idoso tenha apresentado boa evolução clínica após o diagnóstico tardio e intervenção cirúrgica, nem todos terão a mesma oportunidade. Portanto, é fundamental monitorizar cuidadosamente essa cardiopatia congênita, visando intervenções precoces e prevenindo complicações irreversíveis relacionadas à evolução da doença.

Palavras-chave: Comunicação Interatrial. Cardiopatias Congênitas. Medicina Preventiva.

INTRODUÇÃO

A comunicação interatrial (CIA) é uma cardiopatia congênita caracterizada por uma abertura no septo atrial, permitindo a fluência do sangue entre os átrios esquerdo e direito, sendo uma das mais prevalentes em adultos¹. Ela pode ser subdividida em quatro tipos, sendo eles: tipo ostium secundum, ostium primum, seio venoso e seio coronário, sendo a tipo secundum a mais comum, com a subdivisão de pequenas (até 5 mm), médias (entre 6 e 9 mm) e maiores (maior que 10 mm).

Clinicamente, muitas CIA's pequenas permanecem assintomáticas por anos, mas defeitos maiores tendem a se manifestar a partir da terceira e quarta década de vida. As apresentações mais comuns em adultos incluem dispneia aos esforços, fadiga e palpitações, muitas vezes subdiagnosticadas como arritmias atriais e, em caso de progressão, o surgimento de sinais de insuficiência cardíaca direita, além do risco aumentado do surgimento de arritmias aumentar com a própria idade do paciente^{2,3}. Esses achados refletem a sobrecarga crônica de volume das câmaras direitas ao longo dos anos.

Sem intervenções cirúrgicas ou percutâneas, a evolução natural desta cardiopatia está associada a complicações progressivas. A longo prazo, o shunt não corrigido pode levar à dilatação do ventrículo direito e disfunção progressiva, arritmias atriais recorrentes, hipertensão arterial pulmonar (HAP) e insuficiência cardíaca direita^{4,5}. Deste modo, as estatísticas obtidas relacionadas ao prognóstico da doença, mostram uma expectativa de vida reduzida em relação à população geral, com aumento substancial da morbimortalidade após a quarta década de vida^{4,6}.

A partir desse panorama, destaca-se a importância do diagnóstico e manejo adequado da CIA no adulto. A detecção tardia da lesão não elimina os benefícios da intervenção – fechamento percutâneo ou a própria cirurgia cardíaca. Entretanto, o diagnóstico precoce, principalmente em CIA's maiores (e, portanto, com maior incidência de sintomas), garante um melhor prognóstico e uma melhor qualidade do envelhecimento para os pacientes.

Diante do exposto e comentado, este estudo tem como objetivo relatar um caso de diagnóstico tardio de CIA tipo ostium secundum de grandes dimensões em um idoso com sintomatologia mínima.

DESCRIÇÃO DO RELATO

Paciente natural da cidade de Goiânia, veio ao consultório, no início do ano, referindo que há 6 meses, iniciou o quadro de dispneia aos esforços, progressiva, sendo que atualmente tem dispneia aos pequenos esforços.

Concomitantemente, refere palpitação e edema de membros inferiores. Nega síncope, precordialgia e palpitação. Estava em uso de enalapril, 10mg /dia, furosemida 40mg/dia e metoprolol 25mg/dia há 3 meses. Diante do Interrogatório Sintomatológico, negou qualquer dado relevante com relação aos sistemas orgânicos.

Não soube informar sobre doenças próprias da infância. Entretanto, referiu hipertensão arterial e múltiplas passagens em consultas médicas e o fato de nunca ter sido informado a respeito de possíveis cardiopatias. Em relação aos antecedentes familiares, possui mãe hipertensa.

No aspecto de hábitos de vida, o paciente referiu alimentação saudável, com uma dieta hipossódica recomendada em posto de saúde. Nega tabagismo e etilismo.

Ao final do último exame físico BEG, eupneico, afebril, acianótico e anictérico. PA: 120×70 mmHg. FC: 88 bpm, Sat O₂: 92%, estase jugular presente a 45° Ausculta Cardíaca: Bulhas arrítmicas. Sopro sistólico tipo ejetivo, mais audível no 2° espaço intercostal esquerdo, com desdobramento constante e

fixo de 2º Bulha no foco pulmonar, 2º bulha hiperfonética no foco pulmonar. Pulmões: raros estertores crepitantes na base direita. Abdome: sem visceromegalias palpáveis, edema de membros inferiores +/4+, pulsos universalmente palpáveis.

Foram solicitados exames complementares para melhor investigação do caso. O eletrocardiograma (**Figura 1**) evidenciou um distúrbio de condução. O coração do paciente, no momento do exame, apresentou um ritmo de fibrilação atrial, vista pela ausência de ondas P antes de cada complexo QRS (retângulo vermelho), com presença de extrassístoles ventriculares, representadas pelo complexo QRS de formato anômalo (circulado em azul).

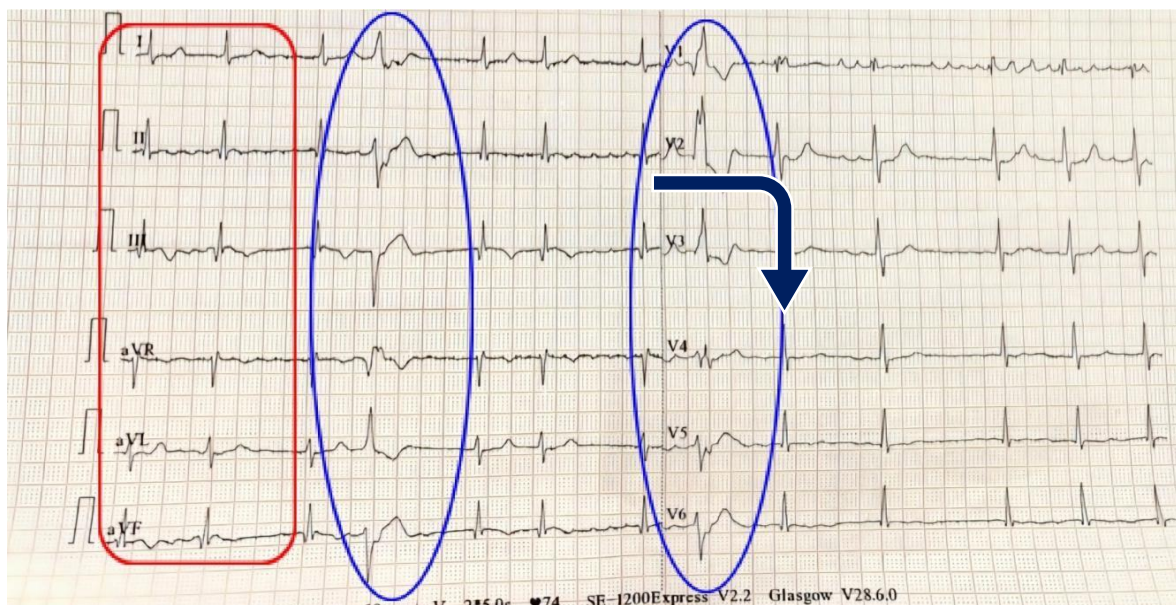


Figura 1. Eletrocardiograma: Ritmo de fibrilação atrial com distúrbio de condução do ramo direito. **Fonte:** arquivo pessoal.

No ecocardiograma foi identificado um aumento de Átrio Direito, Ventrículo Direito (**Figura 2**) e uma CIA com importante fluxo do átrio esquerdo para o direito (**Figura 3**), e sinais de hipertensão pulmonar já incipientes. O cálculo do Qp/Qs foi de 2.5. A razão Qp/Qs representa a proporção entre o fluxo sanguíneo pulmonar (Qp) e o fluxo sistêmico (Qs), sendo utilizada para avaliar shunts cardíacos. Quando esse valor é maior que 1,5, indica que uma quantidade significativa de sangue está sendo desviada do circuito sistêmico para o pulmonar, resultando em reentrada excessiva de sangue nos pulmões sem que este passe pela circulação sistêmica, ou seja, há recirculação entre o coração e os pulmões sem adequada perfusão tecidual. Essa condição, comum nas CIA's, pode levar à sobrecarga de volume no lado direito do coração e à hipertensão pulmonar. Em um ecocardiograma transesofágico tridimensional é possível mensurar o tamanho da CIA em questão (**Figura 4**).

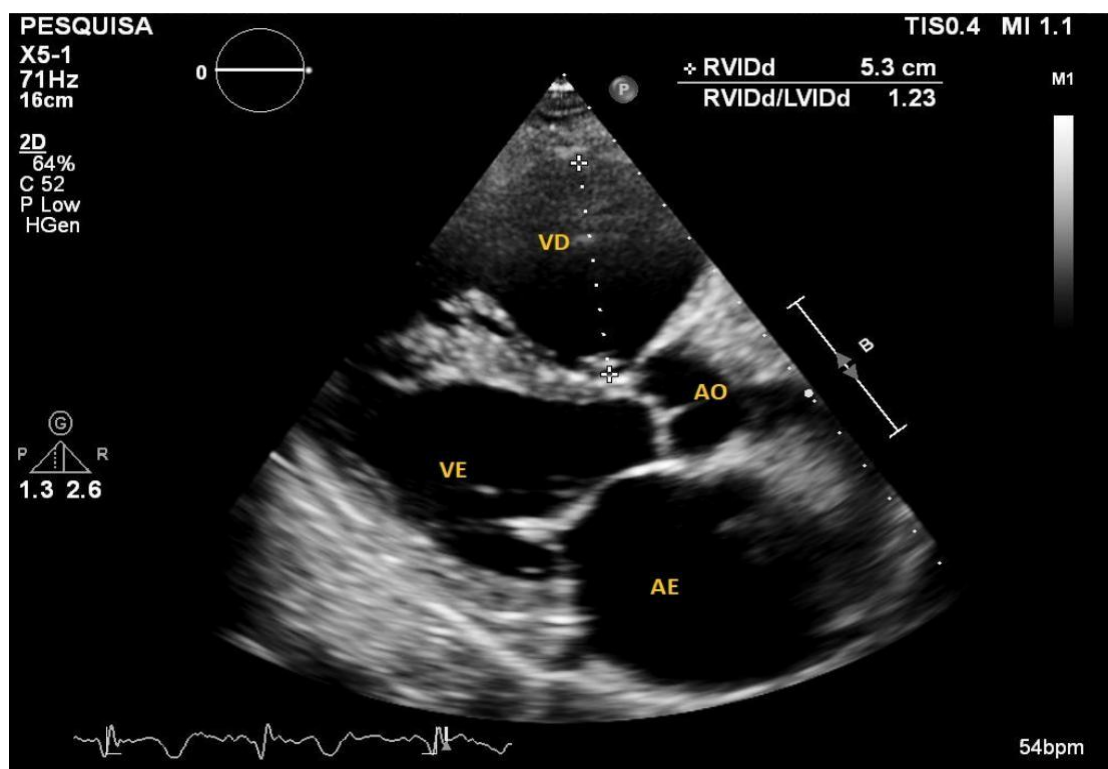


Figura 2: Ecocardiograma evidenciando o aumento de volume do ventrículo direito (VD) quando comparado ao ventrículo esquerdo (VE) devido às repercussões hemodinâmicas significativas. **Fonte:** Arquivo pessoal.

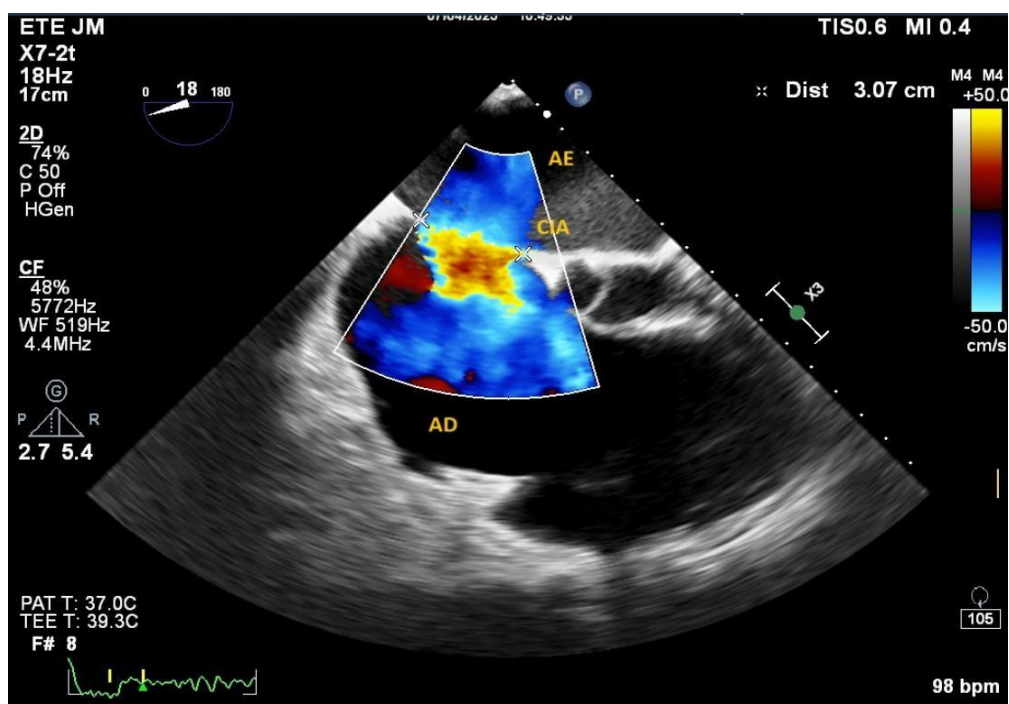


Figura 3: Ecocardiograma demonstrando o refluxo sanguíneo entre os Átrios Direito (AD) e Átrio Esquerdo (AE), representado pelos fluxos azul e amarelo/vermelho. **Fonte:** Arquivo pessoal

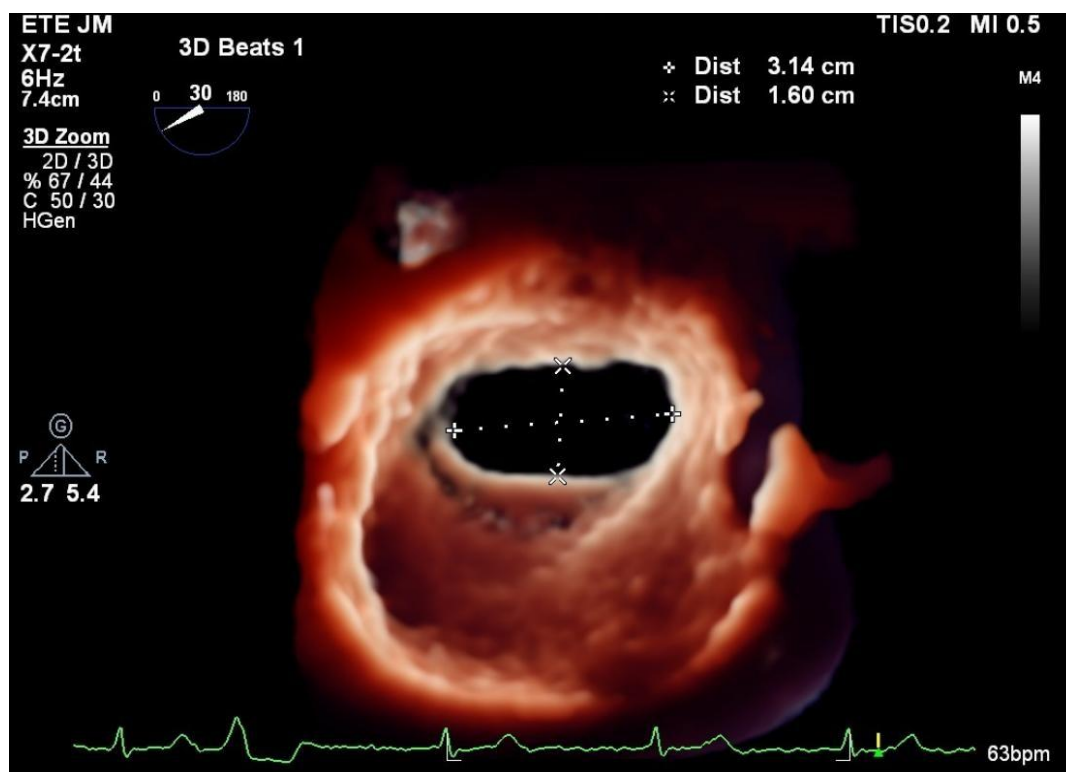


Figura 4: Ecocardiograma transesofágico tridimensional demonstrando uma CIA elíptica de 31.4mm x 16.0 mm. **Fonte:** Arquivo pessoal.

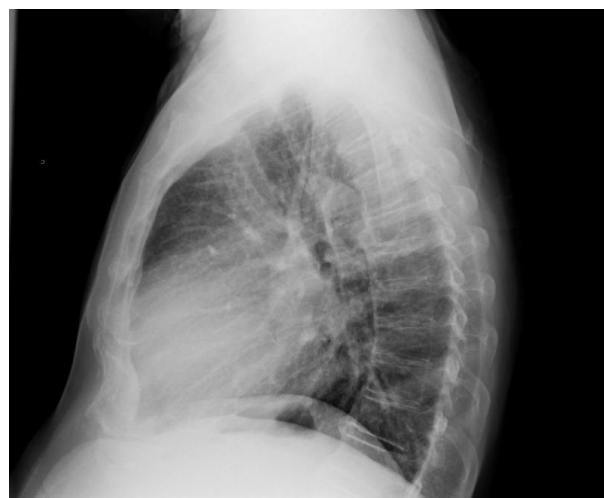
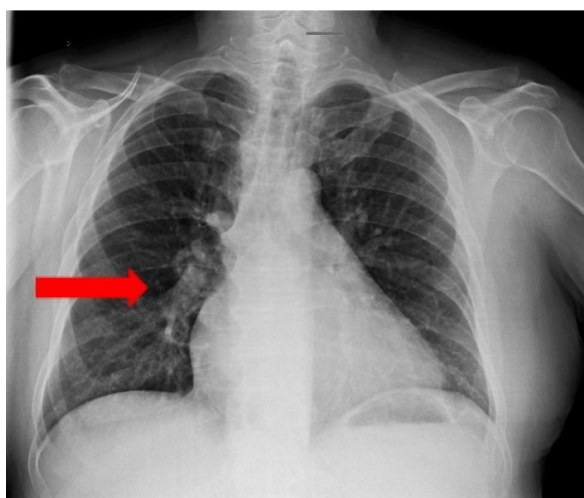


Figura 5: Raio-X de tórax: dilatação de artéria pulmonar, mais visível à direita (seta). Abaulamento do arco médio da pulmonar e aumento do ventrículo direito e átrio direito. **Fonte:** Arquivo pessoal

CATETERISMO CARDÍACO: Ausência de coronariopatias, o valor do Q_p/Q_s calculado coincidiu com resultado do ecocardiograma ($Q_p/Q_s=2,5$). O valor da resistência vascular pulmonar (RVP) foi igual a: 4 U/m^2 .

Também foram solicitados exames sanguíneos (hemograma, eletrólitos, glicemia, hormônio tireostimulante (TSH), lipidograma), os quais não evidenciaram nenhuma alteração relevante.

A partir destes dados, o paciente foi diagnosticado com uma CIA de origem congênita (CID-10, Q21.1) e foi, portanto, encaminhado ao centro cirúrgico, onde realizou-se uma septoplastia atrial. A cirurgia ocorreu sem intercorrências e o paciente foi encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde evoluiu para alta hospitalar após 14 dias. Desde então, o paciente permanece em acompanhamento cardiovascular com consultas regulares.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente relato foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CAAE: 89490025.4.0000.5076, em cumprimento aos princípios éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/2012 e na Carta Circular 166/2018.

O principal risco do relato é a quebra de sigilo, que será minimizado com identificação em código e com a pesquisa do prontuário será em sala reservada onde somente os pesquisadores terão acesso. Os benefícios diretos e indiretos relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa são de discutir o caso de CIA e seu diagnóstico tardio, auxiliando a comunidade científica, além de contribuir para o esclarecimento das possíveis dúvidas do referido paciente, diante do caso em questão, e descrever a conduta após a correção da CA mediante intervenção cirúrgica.

O sigilo dos dados coletados e da Instituição, serão garantidos a partir da substituição do nome do paciente por códigos e do nome da instituição por letras, para manter o anonimato dos dados coletados.

Os dados coletados serão destinados para o desenvolvimento de um relato de caso que posteriormente será apresentado na 28ª Mostra de Saúde da Unievangélica e publicado em revistas científicas da área, periódicos ou cadernos de resumos.

DISCUSSÃO

O caso apresentado se mostrou característico ao evidenciar um diagnóstico tardio em relação aos acometimentos da CIA, algo raro, visto que poucos são os cenários em que são encontrados indivíduos com mais de 80 anos vivendo décadas sem sintomas significativos antes do surgimento de um quadro de insuficiência cardíaca ou de dispneia progressiva, tal qual apresentada pelo paciente em questão⁷. Mesmo tendo recorrido ao tratamento, estatísticas revelam que, quando não tratado, a expectativa de vida é reduzida em quase 90% dos pacientes antes mesmo dos 60 anos. Acometimentos como o desenvolvimento de hipertensão pulmonar e arritmias são fatores críticos para a progressão da doença e pior prognóstico^{8 9 10}.

À luz de uma avaliação crítica do cenário nacional, o próprio reconhecimento tardio reflete a vulnerabilidade do sistema de saúde brasileiro ao permitir o desenvolvimento de complicações significativas, tais como arritmias e hipertensão pulmonar. A progressão de tais complexidades é tida como um impasse na qualidade de vida do paciente, panorama este que poderia ser evitado com um rastreamento e reparo da CIA na infância já nos momentos da infância¹¹ – os quais são itens atualmente não preconizados pela saúde pública e privada no país.

Apesar dos outros achados do exame físico não refletirem o panorama de complicações de uma confirmação extemporânea, alguns estudos revelam, mediante às inúmeras observações, um risco aumentado de complicações graves, incluindo Insuficiência Cardíaca (IC), hipertensão pulmonar, arritmias (especialmente fibrilação atrial), infecções pulmonares e eventos embólicos, como acidente vascular cerebral^{9 10 12}. Esse comportamento confirma a possibilidade de um desempenho insidioso quanto à progressão da própria doença, uma vez que os sinais de insuficiência cardíaca direita são frequentes em fases mais avançadas do diagnóstico tardio^{7 8 9}. Diante deste evento, é costumeiro se questionar quanto ao porquê do tardamento de tais conclusões, contudo, em alguns casos, a CIA pode ser confundida com outras causas de IC ou doença pulmonar, o que promove um maior atraso no diagnóstico correto⁹.

Durante o exame físico, a revelação de sinais como a estase jugular, bulhas cardíacas arritmicas, sopro sistólico ejetivo e desdobramento fixo da segunda bulha, foram preponderantes na confirmação da CIA uma vez que se configuram como fenômenos fisiológicos clássicos de sobrecarga de câmaras direitas e hiperfluxo pulmonar¹³. Outro parâmetro crucial tanto para o diagnóstico quanto para a preparação das futuras intervenções foi o eletrocardiograma visto que ele comumente escancara alterações como o distúrbio de condução do ramo direito além dos sinais de sobrecarga das câmaras direitas, como o padrão rsR' em V1, que é altamente sugestivo de CIA tipo ostium secundum. Essa visualização mostrou-se de grande importância ao demonstrar o aumento de átrio e ventrículo direitos, além do shunt interatrial significativo, podendo também identificar sinais de hipertensão pulmonar, – o que justifica os sintomas respiratórios relatados pelo paciente durante a coleta dos dados clínicos^{14 15}.

A repercussão hemodinâmica significativa configurou-se como um importante critério para a escolha da terapêutica. A evolução de outros casos semelhantes demonstra a alta taxa de sucesso da septoplastia atrial, além de sua evolução favorável, com regressão dos sintomas e melhora da função cardíaca¹⁶. Não obstante, aos positivos desfechos comumente observados em pacientes submetidos a essa intervenção, o acompanhamento do pós-operatório é fundamental quanto ao monitoramento de possíveis complicações, além da garantia de uma recuperação completa¹⁷.

CONCLUSÃO

Diante da análise clínica e dos exames complementares do paciente, este relato evidencia que a CIA, mesmo em fases tardias da vida, pode apresentar manifestações clínicas atípicas e evolução mais branda, como observado neste caso de CIA tipo ostium secundum de grandes dimensões. A resposta

positiva à intervenção reforça não apenas a eficácia do tratamento cirúrgico oportuno, mas também a necessidade de ampliar o entendimento sobre os fatores que modulam a progressão da doença em diferentes faixas etárias.

Assim, mais do que apenas recomendar a detecção precoce, este caso ressalta a urgência em fortalecer protocolos de rastreamento individualizado e estratégias de vigilância contínua, sobretudo em populações subdiagnosticadas, a fim de evitar o avanço para quadros irreversíveis, como a síndrome de Eisenmenger. A conduta adotada neste paciente exemplifica como decisões clínicas embasadas e oportunas podem redefinir o prognóstico mesmo em cenários considerados limítrofes.

REFERÊNCIAS

- ¹ LOPES, A. A.; MESQUITA, S. M. F. Atrial Septal Defect in Adults: Does Repair Always Mean Cure? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/96HPgKnybfhNLk3vVZx-gzLR/>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ² XUAN TUAN, H. et al. Trends in the Prevalence of Atrial Septal Defect and Its Associated Factors among Congenital Heart Disease Patients in Vietnam. **Journal of Cardiovascular Development and Disease**, v. 7, n. 1, p. 2, 27 dez. 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2308-3425/7/1/2>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ³ MENILLO, A. M.; LEE, L.; PEARSON-SHAVER, A. L. Atrial Septal Defect (ASD). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535440/>.
- ⁴ LE GLOAN, L. et al. Pathophysiology and natural history of atrial septal defect. **Journal of Thoracic Disease**, v. 10, n. S24, p. S2854–S2863, set. 2018.
- ⁵ ESC Guidelines for Adult Congenital Heart Disease: Key Points – American College of Cardiology. Disponível em: <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2020/08/29/13/17/2020-esc-guidelines-for-adult-chd-esc-2020>.
- ⁶ ADLER, D. H. Atrial Septal Defect Guidelines: AHA/ACC Adult Congenital Heart Disease Guidelines, 2020 European Society of Cardiology Adult Congenital Heart Disease Guidelines. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/162914guidelines?form=fpf>.
- ⁷ PINHO. Atrial Septal Defect in a Very Old Woman. *Cardiology Research*, 2013. Disponível em: <http://www.cardiologyres.org/index.php/Cardiologyres/article/view/265>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ⁸ ROSAS, Martin; ATTIE, Fause; SANDOVAL, Julio; et al. Atrial septal defect in adults ≥40 years old: negative impact of low arterial oxygen saturation. **International Journal of Cardiology**, v. 93, n. 2–3, p. 145–155, 2004. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S016752730300192X>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ⁹ LANDI, Francesco; CIPRIANI, Luca; COCCHI, Alberto; et al. Ostium Secundum Atrial Septal Defect in the Elderly. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 39, n. 1, p. 60–63, 1991. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.1991.tb05907.x>. Acesso em: 26 maio 2025.

- ¹⁰ GEVA, Tal; MARTINS, Jose D; WALD, Rachel M. Atrial septal defects. **The Lancet**, v. 383, n. 9932, p. 1921–1932, 2014. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613621455>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ¹¹ SUELY, M.; VALENTE, A. S.; HERMANO. Adult Congenital Heart Disease: Report from a Public Reference Hospital in Northeastern Brazil. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 38, n. 6, e20230039, 1 jan. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbccv/a/d47xtmFBwvJSn5dZCLh7d9M/?lang=en>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ¹² RIVERA, Elsy; TRIVEDI, Kathan; CAO, George. Septal Defects: Unveiling Sex-Based Disparities and Screening Challenges for Timely Intervention Through a Case Report and Systematic Literature Review. **Cureus**, 2024. Disponível em: <https://www.cureus.com/articles/251613-septal-defects-unveiling-sex-based-disparitiesand-screening-challenges-for-timely-intervention-through-a-case-report-and-systematicliterature-review>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ¹³ UDHOLM, Sebastian; NYBOE, Camilla; KARUNANITHI, Zarmiga; et al. Lifelong burden of small unrepaired atrial septal defect: Results from the Danish National Patient Registry. **International Journal of Cardiology**, v. 283, p. 101–106, 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167527318370220>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ¹⁴ MANGION, Judy R. Ostium Secundum Atrial Septal Defect. **New England Journal of Medicine**, v. 332, n. 20, p. 1336–1336, 1995. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199505183322004>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ¹⁵ PRYOR, Ray; WOODWARD, George M.; BLOUNT, S.Gilbert. Electrocardiographic changes in atrial septal defects: Ostium secundum defect versus ostium primum (endocardial cushion) defect. **American Heart Journal**, v. 58, n. 5, p. 689–700, 1959. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0002870359902261>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ¹⁶ MALAV, Ishwar Chandra; JUNEJA, Rajnish; CHOUDHARY, Shiv Kumar; et al. Atrial Standstill Causing Congestive Heart Failure in a Child with Ostium Secundum Atrial Septal Defect. **Pediatric Cardiology**, v. 31, n. 2, p. 283–286, 2010. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00246-009-9578-z>. Acesso em: 26 maio 2025.
- ¹⁷ JALAL, Zakaria; HASCOËT, Sébastien; GRONIER, Céline; et al. Long-Term Outcomes After Percutaneous Closure of Ostium Secundum Atrial Septal Defect in the Young. **JACC: Cardiovascular Interventions**, v. 11, n. 8, p. 795–804, 2018. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1936879818304461>. Acesso em: 26 maio 2025.