

SONS QUE IMPORTAM: A PROPÓSITO DA INSUFICIÊNCIA MITRAL

HEART SOUNDS THAT MATTER: MITRAL REGURGITATION IN FOCUS

Andreia Godinho de Sousa (1), Suzie Leandro (1), Daniela de Azevedo (2)

(1) USF Famílias, ULS Entre Douro e Vouga, Rua Infantário, 276 4535-068 Lourosa

(2) USF Novo Este, ULS Entre Douro e Vouga, Rua Principal 682 4525-189 Canedo

Autor Correspondente:

Andreia Godinho de Sousa

Unidade de Saúde Familiar Famílias, ULS Entre Douro e Vouga

Rua Dr. Manuel Arriaga, 94 – 3720-233 Oliveira de Azeméis

Email: andreiamgfd@gmail.com

<https://doi.org/10.58043/rphrc.170>

Resumo

A insuficiência mitral (IM) é uma valvulopatia com apresentações clínicas heterogéneas, podendo permanecer assintomática nas fases iniciais. Apresenta-se o caso de um homem de 57 anos, com antecedentes de dislipidemia e patologia psiquiátrica, que recorreu à consulta de Medicina Geral e Familiar por motivos não cardiovasculares. Encontrava-se assintomático, mas ao exame físico auscultou-se um sopro mesossistólico no foco mitral, sem registos prévios do mesmo. Foi solicitado um ecocardiograma transtorácico, que evidenciou prolapsão da válvula mitral com rotura de corda tendinosa, determinando insuficiência mitral grave, o que motivou referenciamento urgente e subsequente plastia valvular. Após a alta hospitalar, a intervenção da médica de família foi determinante para assegurar o seguimento em Cardiologia e a adequada otimização terapêutica. Este caso sublinha a relevância do exame físico e da articulação entre diferentes níveis de cuidados na identificação precoce e na gestão continuada de patologias cardíacas potencialmente graves, mesmo na ausência de sintomatologia.

Abstract

Mitral regurgitation (MR) is a valvular heart disease with heterogeneous clinical presentations and may remain asymptomatic in its early stages. We report the case of a 57-year-old man with a history of dyslipidemia and psychiatric illness who attended a consultation of his Family Doctor for non-cardiac reasons. Although asymptomatic, a meso-systolic murmur was detected during physical examination, most prominently over the mitral area, with no prior documentation. A transthoracic echocardiogram revealed mitral valve prolapse with ruptured chordae tendineae, resulting in severe MR, which led to urgent referral and subsequent mitral valve repair. After hospital discharge, the intervention of the family physician was crucial to ensure cardiology follow-up and appropriate therapeutic optimization. This case underscores the importance of physical examination and coordination across different levels of care in the early detection and ongoing management of potentially serious cardiac conditions, even in the absence of symptoms.

Palavras-Chave:

insuficiência mitral,
Medicina Geral
e Familiar,
exame físico,
prolapso da válvula
mitral

Keywords:

mitral regurgitation,
family medicine,
physical examination,
mitral valve prolapse

Introdução

A insuficiência mitral (IM) é uma das valvulopatias mais prevalentes na população adulta, afetando entre 1% e 3% da população geral, com aumento significativo da incidência em indivíduos com mais de 75 anos [1]. Pode ser classificada como primária (degenerativa), resultante de alterações estruturais da válvula mitral, como

prolapso, flail, rotura de corda tendinosa ou endocardite infeciosa; ou como secundária (funcional), causada por disfunção ventricular ou auricular com anatomia valvular preservada [2,3]. A etiologia degenerativa é a principal causa nos países desenvolvidos, estando frequentemente associada a alterações mixomatosas ou deficiência fibroelástica das cúspides mitrais [2]. Por outro lado, a IM



funcional resulta de alterações na geometria ventricular ou do anel mitral e é subdividida em ventricular funcional (decorrente de disfunção ventricular esquerda) e auricular funcional, cada vez mais reconhecida, associada a dilatação da aurícula esquerda, em contexto de fibrilhação auricular ou insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada [3,4]. O curso clínico da IM pode ser indolente, especialmente nas fases iniciais, com muitos doentes permanecendo assintomáticos. A apresentação sintomática inclui dispneia, fadiga, palpitações e sinais de insuficiência cardíaca em fases mais avançadas. Independentemente da causa, a IM grave associa-se a pior prognóstico, com risco aumentado de fibrilhação auricular, hipertensão pulmonar, insuficiência cardíaca e morte súbita [1,5]. O exame físico pode detetar esta patologia, nomeadamente através da auscultação de um sopro mesossistólico apical, mas o ecocardiograma transtorácico é o exame de eleição para confirmar o diagnóstico, quantificar a gravidade da regurgitação, e avaliar o impacto hemodinâmico da lesão [1,2]. A avaliação deve considerar parâmetros como fração de ejeção do ventrículo esquerdo, tamanho da aurícula esquerda e dimensões do anel mitral [3,4]. A decisão terapêutica baseia-se na gravidade da regurgitação, presença de sintomas, função ventricular e anatomia valvular. O tratamento pode incluir medidas farmacológicas ou intervenção cirúrgica precoce, preferencialmente por plastia mitral, quando clinicamente indicado [5,6]. Neste cenário, destaca-se o papel da Medicina Geral e Familiar na identificação precoce da doença valvular, estratificação do risco cardiovascular e articulação eficaz com os cuidados secundários, assegurando o diagnóstico atempado e a continuidade terapêutica, essenciais para melhorar os desfechos clínicos.

Descrição do Caso

Homem de 57 anos, casado, ex-fumador, com antecedentes de dislipidemia e tentativa de suicídio em contexto de dependência alcoólica, bem como acidente de trabalho com consequente incapacidade laboral permanente. Estava a ser acompanhado pelos serviços de Psiquiatria e Ortopedia, embora apresentasse vigilância irregular na sua Unidade de Saúde Familiar (USF).

Em novembro de 2022, recorreu à consulta de Medicina

Geral e Familiar após alta da Psiquiatria. Referia abstinência alcoólica há cerca de dois anos e tinha interrompido por iniciativa própria toda a medicação habitual, nomeadamente simvastatina 20 mg, vortioxetina 15 mg e mexazolam 1 mg. Estava assintomático, tendo sido solicitado um estudo analítico para avaliação do estado geral, incluindo perfil lipídico.

Em abril de 2023, regressou para avaliação dos resultados do estudo analítico que revelaram apenas um perfil lipídico alterado, com LDL-colesterol acima do valor recomendado (143,4 mg/dL), tendo em conta a sua categoria de risco cardiovascular elevado (calculado pelo SCORE 2). Mantinha-se assintomático, embora com hábitos alimentares desadequados e sedentarismo marcado. Encontrava-se normotensão, mas com um Índice de Massa Corporal de 27,7 Kg/m², compatível com excesso de peso. Ao exame físico, detetou-se um sopro mesossistólico audível em todos os focos cardíacos, com maior intensidade no foco mitral. Não existiam registos prévios de sopros cardíacos, nem de ecocardiogramas realizados anteriormente. Solicitou-se ecocardiograma transtorácico que revelou: aorta de dimensões normais; dilatação grave das câmaras cardíacas esquerdas (volume telediastólico do ventrículo esquerdo (VTD) com 124 ml/m²; volume total do sangue (VTS) do ventrículo esquerdo com 70 ml/m²), aurícula esquerda: 66 ml/m². ventrículo direito não dilatado; septos integros; espessura das paredes do ventrículo esquerdo de espessura normal; “flail” (prolapso marcado com eversão por rotura de corda tendinosa) do segmento P2 do folheto posterior mitral, com jato muito excêntrico de insuficiência mitral que é grave (M/I); insuficiência tricúspide mínima, sem permitir estimar a pressão sistólica na artéria pulmonar (PSAP); função sistólica biventricular normal; sem alterações da contratilidade segmentar do ventrículo esquerdo; fração de ejeção de 68%; excursão sistólica do plano do anel tricúspide (TAPSE) com 20 mm; pericárdio sem alterações. O doente foi referenciado com urgência para o hospital, onde foi internado e submetido a plastia mitral.

Como intercorrência pós-operatória, detetou-se fibrilhação auricular que foi tratada com amiodarona, tendo sido iniciada, também, anticoagulação oral com varfarina. Teve alta hospitalar com indicação de reavaliação em Cardiologia, contudo essa referenciação

não foi realizada. A falha foi prontamente identificada pela Médica de Família, que procedeu à sua correção, assegurando igualmente o seguimento clínico e otimização da terapêutica, farmacológica e não farmacológica, dos fatores de risco cardiovasculares. O doente encontra-se atualmente clinicamente estável, com seguimento regular em Cardiologia e com a Médica de Família.

Discussão e Conclusão

Este caso ilustra a relevância do exame objetivo na avaliação clínica, particularmente em doentes assintomáticos, nos quais a identificação precoce de alterações pode permitir um diagnóstico e intervenção atempados, prevenindo complicações potencialmente graves. Para além disso, uma boa acessibilidade aos cuidados de saúde, incluindo a avaliação clínica, prescrição e realização de métodos complementares de diagnóstico em tempo útil, pode ser determinante para o desfecho clínico favorável de situações como a descrita. A integração de cuidados entre os diferentes níveis do sistema de saúde – primários, secundários e convencionados – foi determinante para uma abordagem eficaz e coordenada. O papel central da Médica de Família foi essencial não só na deteção inicial do sopro cardíaco, como também na identificação de falhas no seguimento especializado e na sua correção atempada, assegurando a continuidade e a coordenação dos cuidados prestados. Do ponto de vista clínico, destaca-se ainda a importância da vigilância ativa e do seguimento estruturado em doentes com múltiplas comorbilidades e história psicossocial complexa. Este caso evidencia a vulnerabilidade associada à fragmentação dos cuidados, reforçando a necessidade de sistemas robustos de comunicação e referenciação. O presente relato sublinha o papel central do médico de família como gestor de saúde do doente, assumindo uma abordagem global e integrada, bem como o acompanhamento longitudinal, promovendo a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Referências

1. Douedi S, Douedi H. Mitral regurgitation [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Apr 30.

- URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31985928/>
2. Neema PK, Panidapu N. The mechanisms and pathophysiology of mitral regurgitation: a narrative review. *Ann Card Anaesth.* 2025;28(2):109–18. doi:10.4103/aca.aca_221_24
 3. Zoghbi WA, Levine RA, Flachskampf F, Grayburn P, Gillam L, Leipsic J, et al. Atrial functional mitral regurgitation: a JACC: Cardiovascular Imaging expert panel viewpoint. *JACC Cardiovasc Imaging.* 2022;15(11):1870–82. doi:10.1016/j.jcmg.2022.08.016
 4. Farhan S, Silbiger JJ, Halperin JL, Zhang L, Dukkipati SR, Vogel B, et al. Pathophysiology, echocardiographic diagnosis, and treatment of atrial functional mitral regurgitation: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2022;80(24):2314–30. doi:10.1016/j.jacc.2022.09.046
 5. Coutinho GF, Antunes MJ. Current status of the treatment of degenerative mitral valve regurgitation. *Rev Port Cardiol.* 2021;40(5):293–304. doi: 10.1016/j.repc.2020.10.019
 6. Otto CM, Nishimura RA, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Gentile F, et al. 2020 ACC/AHA guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.* 2021;143(5):e35–71. doi:10.1161/CIR.0000000000000932

Financiamento: Os autores declaram que não existiu qualquer financiamento público ou privado para a realização deste trabalho.

Considerações Éticas:

- Confidencialidade dos dados: Foram tomadas todas as medidas necessárias para assegurar o anonimato e a confidencialidade dos dados clínicos.
- Consentimento informado: Foi obtido consentimento informado, por escrito, do doente para a publicação deste caso clínico.
- Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.