

Comunicação Interatrial e Hipertensão Pulmonar em Atleta Profissional de Futebol

Atrial Septal Defect and Pulmonary Hypertension in Professional Soccer Player

Fernando Bianchini Cardoso², Marcos Bianchini Cardoso¹, Roberto Itiro Nishimura¹, Georgiane Crespi Ponta³, Gustavo Calado de Aguiar Ribeiro¹, Cledcyson Eloy Costa¹

Pontifícia Universidade Católica de Campinas¹, Campinas, SP; Universidade Federal do Estado de São Paulo²; Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo³, SP - Brasil

Relatamos um caso raro de diagnóstico tardio de comunicação interatrial (CIA) com hipertensão pulmonar (HP), através da ecocardiografia Doppler bidimensional (ECO), em atleta profissional de futebol que após correção cirúrgica retornou ao esporte competitivo de alto rendimento.

This study reports a rare case of late diagnosis of atrial septal defect (ASD) with pulmonary hypertension (PH) through two-dimensional echocardiography (ECHO) in a professional soccer player who resumed high-performance sports activity after surgery.

Introdução

A comunicação interatrial (CIA) é caracterizada pela presença de uma comunicação entre os átrios por descontinuidade no septo interatrial e é classificada como uma cardiopatia congênita acianogênica com hiperfluxo pulmonar¹. A maioria dos pacientes é assintomática, com indicação de tratamento cirúrgico ou por intervenção percutânea nos primeiros anos de vida²⁻⁴.

As recomendações do último documento de Bethesda² para prática de atividades físicas e esportes em indivíduos portadores de CIA consideram dois grupos distintos, isto é, os tratados cirurgicamente e os não tratados. Para aqueles não tratados, a presença de pequeno defeito septal sem hipertensão pulmonar (HP) não contraindica a participação em nenhum esporte competitivo. Já os indivíduos que apresentam HP significativa e/ou shunt direita-esquerda, arritmia supraventricular ou ventricular sintomática e refluxo mitral significativo deverão apenas realizar atividades classificadas como classe IA (componentes estático e dinâmico leves).

Nos pacientes tratados cirurgicamente ou por intervenção percutânea, seis meses após correção e com avaliação clínica e laboratorial sem evidências de HP, arritmias sintomáticas ou disfunção miocárdica, há liberação para a prática de qualquer esporte competitivo.

Palavras-chave

Cardiopatias congênitas, defeitos do septo interatrial, hipertensão pulmonar, ecocardiografia Doppler, futebol.

Objetivo

Relatar a importância da ECO em caso de diagnóstico tardio de CIA com HP em atleta profissional de futebol que retornou ao esporte competitivo de alto rendimento após a correção cirúrgica.

Relato do Caso

Paciente do sexo masculino, 22 anos, atleta profissional de futebol de campo, assintomático, apresentou, durante os exames de pré-temporada, exame físico, eletrocardiograma de repouso e teste ergométrico máximo sem alterações. O exame de ECO transtorácica demonstrou CIA com HP moderada (pressão sistólica artéria pulmonar (PSAP) estimada em 56 mmHg), além de sobrecarga moderada de câmaras direitas e shunt bidirecional, as alterações foram confirmadas pela ECO transesofágica.

O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico por toracotomia lateral direita, evoluindo sem complicações no pós-operatório. Após um mês da cirurgia, realizou ECO transtorácica com dilatação moderada de ventrículo direito (36 mm) e PSAP estimada em 37 mmHg. A ECO de esforço foi eficaz e revelou PSAP máxima estimada em 43 mmHg no pico do esforço, sem dilatação adicional do ventrículo direito ou déficit contrátil. No Teste cardiopulmonar atingiu 197 bpm com VO₂ máximo de 64.31 ml/kg.min. sem alterações sugestivas de isquemia e arritmias inexpressivas (cinco extrassístoles ventriculares isoladas). O Holter de 24 horas evidenciou apenas cinco extrassístoles supraventriculares isoladas e uma extrassístole ventricular. Após oito meses, realizou novo ecocardiograma transtorácico e teste ergométrico máximo sem alterações, sendo então liberado para prática esportiva de forma gradativa e com boa evolução após seguimento de 24 meses.

Discussão

Trata-se de um caso com diagnóstico tardio de

Correspondência: Fernando Bianchini Cardoso •
Rua Teixeira da Silva, 654/71 - Paraíso - 04002-033 - São Paulo, SP - Brasil
E-mail: fernandobcardoso@uol.com.br
Artigo recebido em 22/08/09; revisado recebido em 22/08/09; aceito em 14/12/09.

cardiopatia congênita que somente foi realizado após avaliação pré-participação.

Não há consenso na literatura sobre quais são os exames necessários para avaliação pré-participação em atletas, sendo que nem sempre a ECO faz parte do arsenal diagnóstico.

As recomendações da Associação Americana do Coração são para realização apenas de história médica (familiar e pessoal) e exame clínico enquanto o consenso da Sociedade Européia de Cardiologia inclui no protocolo de avaliação o eletrocardiograma de 12 derivações preferencialmente realizado por especialista em cardiologia ou medicina do esporte¹. Na Itália, desde 1971, existe legislação específica federal que obriga a realização de avaliação médica prévia em todos os atletas competitivos, porém somente a partir de 1994 foi acrescentado à avaliação a ECO para atletas de futebol, boxe e ciclismo^{1,5,6}. Na Noruega, os atletas profissionais de futebol, e na Alemanha e França, todos atletas profissionais também são submetidos à ECO durante a avaliação pré-participação⁷.

Conclusão

Este caso demonstrou a importância da realização desse exame em atletas competitivos, uma vez que após história, exame clínico, eletrocardiograma de repouso e de esforço o paciente não apresentou nenhuma alteração, sendo a doença em questão somente diagnosticada após a realização da ECO.

Potencial Conflito de Interesses

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.

Referências

1. Ghorayeb N, Dioguardi GS. Tratado de Cardiologia do Exercício e do Esporte. Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese do Estado de São Paulo São Paulo. 2007.
2. Graham Jr TP, Towbin JA, Newburger JW, Rocchini A, Towbin JA. Task force 2: congenital heart disease. In: 36th Bethesda Conference. J Am Coll Cardiol. 2005; 45 (8): 15-22.
3. Picchio FM, Colonna PL, Daliento L, Giannico S, Pelliccia A, Vergari B, et al. Criteri di valutazione della Capacità lavorativa, idoneità al lavoro specifico, attitudine ad attività fisica e sportive ed assicurabilità nel cardopatia congenito. Ital Heart Suppl 2001; 2(1): 46-77.
4. Tebexreni AS. A importância da prova ergoespirométrica em crianças e adolescentes com cardiopatia congênita. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 1999; 5: 700-11.
5. Pelliccia A, Maron BJ. Preparticipation cardiovascular evaluation of the competitive athlete: perspective from the 30-year Italian experience. Am J Cardiol. 1995; 75 (12): 827-9.
6. Corrado D, Basso C, Schiavon M, Thiene G. Screening for hypertrophic cardiomyopathy in young athletes. N Engl J Med. 1998; 339 (6): 364-9.
7. Corrado D, Basso C, Schiavon M, Pelliccia A, Thiene G. Pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden cardiac death. J Am Coll Cardiol. 2008; 52 (24): 1981-9.