

Infarto Esplênico em Paciente com Fibrilação Atrial Crônica. Relato de Caso

Splenic Infarction in Patient with Chronic Atrial Fibrillation. Case Report

Rogério Torres Marques¹, Maria da Graça Ferronato², Janaína Stolz², Thaís da Costa Neumann³

*Recebido do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI), Pelotas, RS.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Fibrilação atrial é uma arritmia cardíaca comum em pacientes idosos e suas complicações incluem eventos tromboembólicos. Este relato justifica-se por ser o infarto esplênico, secundário à fibrilação atrial, uma entidade rara, cuja gravidade está associada a um incremento na morbimortalidade desses pacientes, além de não existir na literatura um manuseio consensual. O objetivo deste estudo foi relatar o caso de um paciente portador de fibrilação atrial crônica, complicada com infarto esplênico.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 74 anos, proveniente da zona rural de Pelotas, encaminhado pelo Pronto-Socorro Municipal para internação no Hospital Escola com dor no quadrante superior esquerdo do abdômen. O paciente permaneceu internado por 28 dias. Foi submetido a exames complementares (ecocardiograma transesofágico, ultra-sonografia e tomografia de abdômen). O diagnóstico final foi infarto esplênico por fibrilação atrial, com prescrição de terapia anticoagulante. Obteve boa resposta ao tratamento clínico conservador, sem complicações.

CONCLUSÃO: Diante do exposto, qualquer paciente com fibrilação atrial que se apresente com dor no quadrante superior esquerdo do abdômen não pode ter descartado a hipótese diagnóstica de infarto esplênico e de suas complicações.

Descritores: Fibrilação atrial, Infarto.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Atrial fibrillation is a common arrhythmia in oldest subjects, and its adverse consequences include thromboembolic events. This case report is relevant because splenic infarction, due to an atrial fibrillation, it's a rare disease, whose severity increases morbidity and mortality rates, besides not exist consensual guidelines. The aim of this study was recount a clinical case of a patient with a chronic atrial fibrillation, aggravated with a splenic infarction.

CASE REPORT: This is a case study was developed and carried out with a patient from the rural part of Pelotas, RS, Brazil, directed by the Municipal Emergency Medical Services to be interned at the University Hospital of the Federal University of Pelotas when he presented pain in the superior left quadrant of his abdomen, with the intention of clarifying the source of the pain. The patient remained interned in the Internal Medicine Unit of the hospital for twenty-eight days. He was submitted to complementary exams (Transesophageal Echocardiogram, Ultrasonography of the Entire Abdomen, and Abdominal Tomography). The final diagnosis was of Splenic Infarction after Atrial Fibrillation, with prescription for anti-coagulant therapy. He reacted well to the conservative clinical treatment, with no complications.

CONCLUSION: Before that, all patients with atrial fibrillation and upper left abdominal pain can not discard the splenic infarction hypothesis or its complications.

Keywords: Atrial fibrillation, Infarction.

INTRODUÇÃO

A fibrilação atrial ocorre em 2% a 4% da população acima de 60 anos. A prevalência aumenta com a idade, chegando a 10% das pessoas com mais de 80 anos. É responsável por um sexto dos eventos isquêmicos cerebrais na população idosa, porém não se conhece a real frequência de eventos embólicos esplênicos por esta causa.

O infarto esplênico pode se apresentar com dor intensa no quadrante superior esquerdo do abdômen ou de forma silenciosa. Essa síndrome precisa ser considerada em qualquer paciente com fibrilação atrial ou outras condições associadas com embolia periférica. Outras causas incluem trauma, endocardite infecciosa, estado de hipercoagulabilidade, hemoglobinopatias e outras desordens hematológicas.

O objetivo deste estudo foi apresentar um caso de paciente com fibrilação atrial crônica, complicada com infarto esplênico.

1. Médico. Especialista em Clínica Médica. Professor Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas da UFPeI.

2. Residente do Programa de Residência em Clínica Médica da UFPeI.

3. Graduanda de Medicina da UFPeI.

Apresentado em 28 de janeiro de 2008

Aceito para publicação em 01 de setembro de 2008

Endereço para correspondência:

Av. Domingos de Almeida 1146/6 – Areal
96085-470 Pelotas, RS.

E-mail: rogeriotmarques@uol.com.br

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 74 anos, branco, aposentado, natural e procedente de Pelotas, ex-tabagista, hipertenso há cerca de 30 anos e com diagnóstico de insuficiência cardíaca e fibrilação atrial há três anos. Foi internado com dor no hipocôndrio e flanco esquerdo que iniciou há seis dias. Tais sintomas intensificaram-se nos últimos dois dias que antecederam a internação. A dor era em pontada e contínua, não tinha irradiação, piorava com o decúbito lateral esquerdo e com a ingestão de alimentos e era acompanhada de inapetência, astenia e dor ventilatória dependente à esquerda.

No momento da admissão hospitalar, o paciente apresentava-se em bom estado geral, lúcido, orientado e coerente, com mucosas úmidas e coradas, afebril, anictérico e acianótico, normotenso (120/70 mmHg), taquicárdico (140 bpm), eupnéico (18 mrpm); na ausculta cardíaca apresentava ritmo irregular, dois tempos, com bulhas hipofonéticas, sem sopro; na ausculta pulmonar o murmúrio vesicular estava presente, com crepitações bibasais; membros inferiores edemaciados (3+/4+), pulsos tibiais posteriores e pediosos palpáveis e simétricos; sem turgência jugular. Abdômen: ruídos hidroaéreos presentes, depressível, timpânico à percussão, hepatometria de 12 cm, baço não palpável, espaço de Traube livre, doloroso à palpação superficial e profunda de hipocôndrio e flanco esquerdo.

No primeiro dia de internação a ecografia abdominal revelou o baço apresentando área hipoeecóica com 3 cm, irregular no segmento inferior, que poderia estar associada com um abscesso em formação. O hemograma não tinha alterações, a contagem de plaquetas era discretamente diminuída (131.000), função renal preservada, eletrólitos normais, hipalbuminemia (2,96), INR = 1,41, enzimas hepáticas sem alterações, KTTP: 30. Além disso, o ECG mostrou fibrilação atrial com frequência cardíaca média de 150 bpm.

No sexto dia de internação, foi realizado novo ultra-som abdominal que mostrou aumento da área hipoeecóica no segmento inferior do baço, o qual sugeria infarto esplênico. Realizou-se tomografia computadorizada de abdômen que confirmou a hipótese de infarto no baço (Figuras 1 e 2).



Figuras 1 e 2 – Tomografia Computadorizada de Abdômen Evidenciando Infarto Esplênico.

(Baço com dimensões preservadas, apresentando área hipodensa de contornos irregulares, sem reforço pelo contraste, na sua porção inferior).

Foi realizado ecocardiograma transesofágico (Figura 3) que evidenciou aumento de átrio e de ventrículo esquerdo (VE), função sistólica global do VE limitrofe, função diastólica do VE não foi avaliada em virtude da arritmia cardíaca, aorto-esclerose com comprometimento valvar com refluxo de grau leve, insuficiência tricúspide e mitral de grau leve, fração de ejeção de 53%.

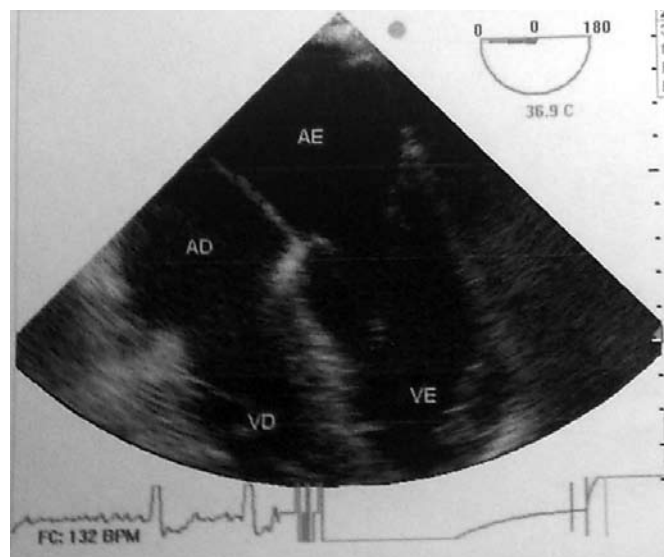


Figura 3 - Ecocardiograma Transesofágico

Recebeu tratamento para controle da hipertensão arterial sistêmica, fibrilação atrial e insuficiência cardíaca. Tratado com enoxaparina (1 mg/kg) 2 vezes ao dia por 21 dias, após esse período, administrou-se warfarin, mantendo o RNI entre 2 e 3.

O paciente manteve-se normotenso, evoluiu com desaparecimento do desconforto no hipocôndrio e flanco esquerdo.

A insuficiência cardíaca foi compensada e a frequência cardíaca controlada, mantendo-se entre 60 e 70 bpm. Recebeu alta hospitalar assintomático com prescrição de anticoagulantes indefinidamente.

DISCUSSÃO

As manifestações clínicas do infarto esplênico são dor abdominal, com maior frequência no hipocôndrio esquerdo, dor torácica pleurítica, dor nas costas, febre, calafrios, sintomas gerais. A dor é o sintoma mais freqüente e ocorre no infarto esplênico de qualquer etiologia. Os exames diagnósticos mais utilizados são ecografia e tomografia. A ecografia é útil no seguimento, para detectar possíveis degenerações císticas e abscessos em formação. A evolução depende da etiologia. O tratamento é conservador com antiinflamatórios e anticoagulantes. Complicações hematológicas, infartos maciços, abscessos e persistência da dor podem levar a cirurgia. Complicações pulmonares e infecciosas pós-operatórias são responsáveis por 5% de mortalidade¹.

CONCLUSÃO

A fibrilação atrial é a anormalidade cardíaca mais associada a fenômenos tromboembólicos, acometendo particularmente a região cerebrovascular, principal responsável pela morbidade e mortalidade dessa arritmia.

Embolização sistêmica de trombo atrial pode ocorrer com qualquer forma de fibrilação atrial, espontaneamente ou em associação com a cardioversão. O diagnóstico de infarto esplênico deve ser considerado em paciente com dor intensa no quadrante abdominal superior esquerdo e história prévia de doença cardíaca, especialmente fibrilação atrial. O infarto esplênico é uma doença escassamente revisada na literatura, necessitando de diagnóstico e tratamento precoce para prevenção de complicações e possível evolução para esplenectomia. Deve-se diagnosticar e tratar de forma adequada todo paciente portador de fibrilação atrial para que tais fenômenos se tornem ainda mais remotos.

REFERÊNCIAS

01. Muñoz-Ruiz AI, Vega EG, Flores SG, et al. Infarto esplênico como complicación de fibrilación auricular. *Rev Esp Enferm Dig*, 2003;95:66-67.
02. Hart RG. Atrial fibrillation and stroke prevention. *N Engl J Med*, 2003;349:1015-1016.
03. Abreu S, Arruda JCH. Concomitant renal and splenic infarction. *Braz J Urol*, 2000;26:526-527.
04. Myerburg RJ, Kloosterman EM, Castellanos A. Recognition, clinical assessment and Management of Arrhythmias and Conduction Disturbances. In: Alexander RW, Schlant RC, Fuster V. *Hurst's the Heart*. 10th Ed, New York: Mc Graw-Hill, 2001;797-874.