

COMUNICAÇÃO INTERATRIAL “ANATÔMICA”

Alaor Teixeira *

INTRODUÇÃO

A existência de comunicação interatrial é condição normal no decorrer da vida intra-uterina. E esta condição — como sabemos — é devida principalmente aos fatores hemodinâmicos que presidem a circulação fetal.

Quando se estabelece a circulação pulmonar, a modificação dos valores tensionais ao nível das cavidades atriais — resultante em maior pressão ao nível do átrio E — realiza a obliteração *funcional* das mesmas. O fechamento em referência ocorre nos primeiros minutos da vida extra-uterina (11).

Posteriormente, como conseqüência do contínuo acolamento, a válvula interatrial constituída pelo “septum secundum” termina se fusionando ao sépto, constituindo desta forma o fechamento *anatômico* do mesmo. Este fechamento não se completa — na maioria dos casos — antes do segundo ano de vida (11).

Nos casos em que não se realiza a fusão do “séptum secundum” as condições hemodinâmicas não permitem o “shunt” da esquerda para a direita, não apresentando portanto, o portador deste tipo de sépto, nenhuma perturbação. Aliás, é devido precisamente a este fato que Taussig (11) considera estes casos mais como um desvio de normal do que propriamente uma malformação. Nêstes casos de “sépto interatrial a válvula”, o fator responsável pela inexistência de uma comunicação interatrial é, portanto, a diferença de pressões ao nível das cavidades atriais.

Nêste trabalho pretendemos documentar um caso de sépto interatrial a válvula, por nós surpreendido no decorrer de uma necropsopia e que se presta, em nossa opinião, a algumas considerações de ordem anatômica e funcional.

DESCRIÇÃO DO CASO

Ao realizarmos a necropsopia do cadáver de um indivíduo do sexo masculino, branco, com 87 anos de idade, constatamos, ao exame do coração, a existência de um sépto interatrial a válvula, claramente documentado pelas fotos que acompanham este trabalho.

No coração em questão, observamos inicialmente que a válvula em estudo obliterava completamente os dois átrios entre si, de tal forma que um jato de água incidindo no átrio E não passava para o lado D; inversamente, a água colocada no átrio D, refluía imediatamente para o E.

Fazendo uma tração na válvula, deixávamos à mostra um orifício de forma ovalada, medindo aproximadamente 1,0 cm x 0,6 cm, o qual permitia folgadoamente a

passagem — de um átrio para o outro — de um lápis comum.

A história clínica do paciente nada referia com relação ao aparelho circulatório. A causa mortis foi suicídio (intoxicação aguda pelo ácido cianídrico), e o exame dos pulmões, coração e demais órgãos acusou um quadro compatível com a idade do cadáver.

COMENTARIOS

O caso em estudo se presta às seguintes considerações:

1.º — Documenta com bastante clareza e de forma convincente o papel do mecanismo hemodinâmico como principal

* Assistente de Ensino.

fator e primeiro elemento responsável pela oclusão do sépto interatrial. A êste fechamento hemodinâmico segue-se o anatômico, isto é a fusão do "septum secundum" à parede. O primeiro é realmente o responsável, no início, pela separação dos dois átrios, pois, como sabemos, o fechamento anatômico não se completa — na maioria dos casos — antes do segundo ano de vida extrauterina (11). Também sabemos que, em 5,7 a 25% dos casos ainda resta certa permeabilidade do sépto, permeabilidade esta que não acarreta nenhuma repercussão hemodinâmica (1, 3, 4, 9).

2.º — Nos permite supor, por outro lado, que um indivíduo portador de um sép-

to interatrial a válvula — semelhante ao que estamos estudando — poderia, em qualquer fase de sua vida, apresentar um quadro clínico de comunicação interatrial. Bastaria para isso que uma situação patológica (como uma estenose pulmonar, por exemplo), qualquer determinasse uma inversão tensional ao nível dos átrios (7).

Êste fato seria a regra, embora a literatura consigne a existência de indivíduos que foram portadores não de um sépto a válvula mas sim verdadeiro "atrium communis" sem que, no entanto, tivessem apresentado qualquer sintomatologia clínica que permitisse supor a existência do mesmo (2, 5, 6, 8, 10).



Fig. 1 — Parede interatrial, observada através do átrio D. Notar o grande orifício de comunicação.

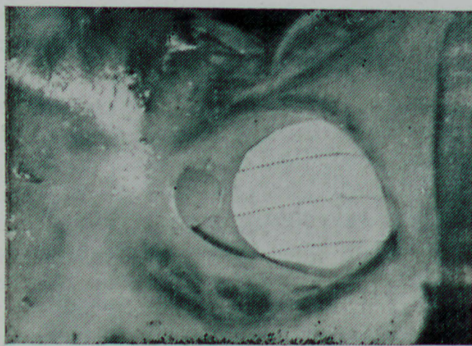


Fig. 2 — A mesma parede, vista pelo átrio E. Uma verdadeira cordoalha fixa a extremidade livre do «septum secundum» à parede septal.

SUMÁRIO

O A. apresenta um caso de "sépto interatrial a válvula", por êle encontrado no cadáver de um indivíduo do sexo masculino, branco, com 87 anos de idade.

O exame necroscópico realizado não forneceu nenhum dado que permitisse supor a existência de um quadro patológico

de comunicação interatrial, sendo intoxicação aguda pelo ácido cianídrico (suicídio) a "causa mortis", diagnosticada.

Concluindo, tece o A. algumas considerações sôbre os fatores hemodinâmicos que presidem o fechamento do sépto interatrial.

SUMMARY

The A. describes a case of "valvular interatrial septum", found in the cadaver of a white male, 87 years old.

The necropsy did not indicate pathological cause of the existence, clinically, of

interatrial communication. The "causa mortis" diagnosed was acute intoxication by cyanidric acid (suicide).

Concluding, the A. discusses some hemodynamic factors related to the closure of the interatrial septum.

REFERÊNCIAS

1. BEDFORD, D. E.; PAPP, C.; PARKINSON, J.: Atrial septal defect. Brit. Heart J., 3: 37, 1941
2. * CATON, R.: Case of absence of inter-auricular septum, without cyanosis in a man aged forty. Lancet, 2: 252, 1878
3. CHRISTIE, A.: Normal closing time of the foramen ovale and the ductus arteriosus; an anatomic and statistical study. Am. J. Dis. Child., 40: 323, 1930
4. EDWARDS, J. E.: Congenital malformation of the heart and great vessels. In GOULD, S. E.: Pathology of the heart. Springfield, Thomas Ed., 1953
5. * FIRKET, S.: Exame anatomico d'un cas de persistance du trou ovale de Botal, avec lésions valvulaires considérables du coeur gauche, chez une femme de 74 ans. Ann. Soc. Méd. Chir., Liège, 19: 188, 1880.
6. * GIBIER: Note sur un cas de persistance du trou de Botal chez un homme de 70 ans ne s'étant révélée par aucun symptôme pendant la vie. Union Méd., 30: 349, 1880.
7. KJELLBERG, S. R.; MANNHEIMER, E.; RUDHE, U.; JONSSON, B.: Diagnosis of congenital heart disease. Chicago, The Year Book Publishers, 1954
8. * OGLE, J. W.: On certain cases in which the foramen ovale was still patent in the adult. Brit. Med. J., 1: 500, 1857
9. PATTEN, B. M.: Developmental defects at the foramen ovale. Am. J. Path., 14: 135, 1938
10. TARNOWER, H.; WOODRUFF, I. O.: Widely patente foramen ovale: case report with discussion of diagnosis. Am. Heart J., 12: 358, 1936
11. TAUSSIG, H. B.: Congenital malformations of the heart. N. York, The Commonwealth Fund., 1947

* O artigo original não foi consultado.