

# Prolapso de válvula mitral e exercício

Marcos Aurélio Brazão de Oliveira<sup>1</sup>

## RESUMO

O prolapso de válvula mitral é um diagnóstico relativamente comum e, por essa razão, com frequência o especialista em medicina do esporte e/ou o cardiologista são consultados pelos pais, pelo próprio atleta ou ainda o não-atleta que deseja ingressar num programa de atividade física, a respeito dos possíveis riscos da prática de esportes em indivíduos com essa patologia.

Existem portadores de PVM sem risco de desenvolver complicações e aqueles em que esse risco existe. Assim, algumas rotinas devem ser seguidas para determinar quais os tipos de esporte que podem ser praticados de acordo com a classificação em que se encontram esses indivíduos.

## INTRODUÇÃO

O prolapso da válvula mitral é uma condição benigna que pode ser acompanhada de alguns sintomas clássicos ou cursar de maneira totalmente assintomática. Esta patologia caracteriza-se pela presença de fenômenos acústicos anormais que aparecem no meio e no final da sístole e sugerem uma alteração da função da válvula mitral. Esses fenômenos acústicos podem ser: um ou vários cliques meso ou telessistólicos, sopro meso ou telessistólico ou associação de vários desses ruídos.

## INCIDÊNCIA

Na literatura tem sido citada uma incidência variável desta patologia. Jersaty<sup>1</sup>, por exemplo, estima em 4% essa prevalência enquanto estudos de outros autores, em 5 a 7% da população, podendo chegar a 17% em mulheres e meninas<sup>2</sup>.

Apesar de acometer tanto homens como mulheres, mais de 60% dos adultos portadores dessa anomalia são do sexo feminino<sup>3</sup>. Ghorayeb<sup>4</sup>, estudando uma população de 1.514 atletas, encontrou incidência de 26% de PVM, número significativamente superior ao da população geral.

## FISIOPATOLOGIA

O prolapso de válvula mitral é definido como o deslocamento dos folhetos da válvula mitral superiormente e posteriormente do ventrículo esquerdo para dentro do átrio esquerdo e seria provocado por alterações do tecido conectivo dessa válvula que resultam num espessamento ou redundância de seus folhetos. Isso levaria a vários graus de distensibilidade e subsequente “prolapso”. O prolapso primário ou idiopático da válvula mitral é, quase certamente, uma condição degenerativa das valvas e cordas, nas quais pode ser detectado histologicamente um aumento de tecido mixomatoso. A degeneração mucóide parece estar ligada a um distúrbio hereditário do tecido conjuntivo, particularmente, quando há incidência familiar de prolapso<sup>5</sup>. O PVM primário é o mais comum e se constitui numa condição autossômica dominante<sup>3</sup>. O prolapso secundário da válvula mitral é encontrado em inúmeras condições, como síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers-Danlos, síndrome da válvula redundante, endocardite reumática, miocardiopatias (congestiva, hipertrófica), miocardite, mixoma de átrio esquerdo, doença coronariana, etc.<sup>6</sup> O mecanismo pode estar relacionado à disfunção do músculo papilar, anormalidades das valvas, cordas ou anel, tamanho e forma da cavidade ventricular esquerda ou outros fatores não explicados. Em pacientes com coronariopatia que apresentam características de PVM pode ser difícil o diagnóstico diferencial entre o PVM por uma disfunção do músculo papilar ou devido à doença arterial coronariana. Pesquisas recentes demonstraram alta atividade adrenérgica em portadores de PVM que tem sido atribuída à presença de níveis elevados de catecolaminas. Isso explicaria a “hipersensibilidade” ou hiperreatividade desses pacientes a certos estímulos de estresse demonstrada em muitos pacientes com PVM<sup>7</sup>.

## QUADRO CLÍNICO

Existe um grupo de pacientes com PVM que pode ser totalmente assintomático. Esses indivíduos são considerados como portadores, apenas, do PVM anatômico. No grupo de sintomáticos portadores da síndrome do PVM, as queixas mais frequentes podem ser de dor precordial atípica, cuja patogênese é desconhecida, palpitações (quase sempre relacionadas a arritmias), dispnéia suspirosa e fadiga, tonteados, lipotímias e síncope (podem estar relacionadas a arritmias cardíacas graves), manifestações psiconeuróticas como angústia, ansieda-

1. Especialista em Medicina do Esporte pela SBME e AMB; Pós-graduado em Medicina Desportiva pela UFRJ; Presidente da SMDRJ e Editor do Jornal de Medicina do Exercício.

de, depressão, psicose, etc. Trabalhos recentes têm demonstrado a associação entre PVM e enxaqueca, PVM e agorafobia<sup>8</sup> e síndrome do pânico, sendo que alguns autores descrevem uma prevalência significativamente maior de PVM (50%) em portadores da síndrome do pânico do que na população em geral<sup>9</sup>.

## EVOLUÇÃO

Geralmente, o prognóstico e a evolução de pacientes com essa patologia são excelentes. Têm sido descritas complicações pouco frequentes como: embolia sistêmica, insuficiência mitral grave e outras associações. Savage<sup>2</sup> encontrou incidência maior de acidente vascular cerebral em portadores de PVM, particularmente nos que possuíam regularização mitral, do que na população geral. Em 553 crianças com idades de 15 a 18 anos acompanhadas durante 6 a 9 anos<sup>10,11</sup> foram encontradas as seguintes intercorrências: endocardite infecciosa (1 caso), acidente vascular cerebral (2 casos), cefaléia tipo enxaqueca (4 casos) e dor torácica (12 casos). Num estudo de Nishimura<sup>12</sup>, esse autor encontrou incidência de 3 a

5% de morte súbita (MS) relacionada com o exercício em portadores de PVM. Para Kligfield<sup>13</sup>, a MS em portadores de PVM estaria relacionada a insuficiência mitral grave; entretanto, para a maioria dos autores, incluindo Barlow<sup>14</sup>, a MS, em portadores de PVM é provocada por uma arritmia cardíaca (provavelmente uma fibrilação ventricular). Esse mesmo autor afirma que a grande dificuldade nesses pacientes seria a identificação daqueles que se encontrariam no grupo de risco de desenvolver arritmias e MS. Para Pocock e Barlow<sup>15</sup> e Soloman<sup>16</sup>, o exercício físico, sobretudo intenso, poderia produzir arritmias que não preexistiam em repouso e, segundo Fishleder<sup>17</sup>, o aparecimento ou a gravidade das arritmias que ocorrem em portadores de PVM não pode ser previsto pela presença ou ausência de alterações no ECG basal.

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Em artigo publicado em jun/96, a Dr<sup>a</sup> Elizabeth Joy<sup>18</sup> propõe uma rotina de avaliação e manuseio dos pacientes portadores de PVM (quadro 1).

**QUADRO 1**  
Avaliação e manuseio do prolapso de válvula mitral

Categoria de risco*	Avaliação ecocardiográfica	Outros exames	Tratamento
Baixo PVM sem deformidade valvular ou regurgitação	Eco a cada 5 anos	• ECG inicial • Holter • Teste ergométrico	• Educação • Betabloq. (palpit.) • Exercício regular
Leve PVM sem deformidade valvular e sem regurgitação	Eco a cada 2-3 anos	• ECG inicial • Holter 24h • Teste ergométrico • Eco c/ estresse	• Profilaxia de EI (antibiótico oral) • Trat. hipert. leve (se for o caso) • Encorajar a perda de peso, se necessário • Trat. das palpitações
Moderado PVM com deformidade valvular e leve regurgitação	Eco a cada 2-3 anos	• ECG inicial • Holter 24h • Teste ergométrico • Eco c/ estresse	• Profilaxia de EI (antibiótico oral) • Trat. hipert. leve (se for o caso) • Encorajar a perda de peso, se necessário • Trat. das palpitações
Alto PVM com moderada e severa regurgitação	Ecocardiograma c/ doppler anualmente	• ECG inicial • Holter 24h • Teste ergométrico • Eco c/ estresse • Outros baseados em sinais e sintomas	• Profilaxia de EI (antibiótico oral) • Trat. hipert. leve (se for o caso) • Encorajar a perda de peso, se necessário • Trat. das palpitações • Monitorar a função cardíaca e troca valvular mitral, quando necessário

\* Risco de apresentar complicações.

## TRATAMENTO

No grupo de pacientes sintomáticos, em geral o uso de betabloqueadores está indicado quando houver palpitações (arritmias), obviamente desde que o paciente não apresente alguma condição que impeça o uso dessa droga. Os ansiolíticos podem ser úteis nos casos em que as manifestações psiconeurológicas forem importantes. Raros são os casos que evoluem para regurgitação mitral grave que possa necessitar de uma troca valvular. A profilaxia de endocardite infecciosa deve ser indicada sempre que houver tratamentos dentários ou gengivais, endodônticos (“tratamento de canal”) ou cirurgias em pacientes portadores de PVM.

## QUEM PODE PRATICAR EXERCÍCIO?

Em virtude de um grupo de pacientes portadores de PVM apresentar tendência a arritmias cardíacas e, em raros casos, a possibilidade de terem morte súbita durante a prática de esportes, surge sempre a questão: “Quem pode praticar exercício?” Na última Conferência de Bethesda (1994), em documento elaborado pelo *American College of Cardiology* e *American College of Sports Medicine*, Maron *et al.*<sup>19</sup> consideraram como contra-indicações para a prática de atividade física em portadores de PVM as seguintes condições:

- História de síncope documentada como sendo de origem arritmogênica;
- História familiar de MS associada a PVM;
- Formas repetidas de taquiarritmias sustentadas ou não sustentadas, particularmente se essas forem desencadeadas pelo exercício;
- Moderada ou marcada regurgitação mitral;
- Evento embólico anterior.

Obs.: Atletas que não preencham nenhum dos critérios acima podem participar de qualquer esporte competitivo. Atletas com um ou mais dos critérios citados anteriormente podem participar, apenas, em esportes competitivos de baixa intensidade (classe IA da 26ª Conferência de Bethesda) como boliche e golfe, por exemplo.

Nos indivíduos portadores de PVM com regurgitação mitral leve as recomendações para a prática de atividade física poderão variar de um paciente para outro. Em geral, atletas como ritmo sinusal com função e tamanho do ventrículo esquerdo normais poderão participar de todos os esportes competitivos. Atletas com ritmos sinusal ou fibrilação atrial com discreto aumento ventricular esquerdo e função ventricular normal em repouso poderão participar em esportes competitivos estáticos de baixa ou moderada intensidade e dinâmicos de baixa intensidade.

Em recente documento da *American Academy of Pediatrics* (1995)<sup>20</sup> os autores fazem as seguintes recomendações em relação à prática da atividade física em crianças e adolescentes portadores de PVM:

1) Todos os pacientes assintomáticos, na ausência de insuficiência mitral ou história familiar de morte súbita associada com PVM, podem participar de todas as atividades.

2) Pacientes com sintomas de dor torácica, palpitações, arritmias, síncope ou pré-síncope ou aqueles que apresentem regurgitação mitral deverão ter suas condições avaliadas antes de ser liberados para atividades competitivas. Essa avaliação deverá incluir um ECG de repouso, um ecocardiograma, um Holter de 24 horas e um teste ergométrico, devendo ser feita uma avaliação por um cardiologista.

Alguns autores afirmam que o exercício aeróbico deva ser encorajado em pacientes com PVM com o objetivo de melhorar sua sintomatologia. Scordo<sup>21</sup> demonstrou que um programa de exercício aeróbico utilizado durante 12 semanas melhorou os sintomas e a capacidade funcional de mulheres portadoras de PVM.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O prolapso da válvula mitral é uma entidade extremamente freqüente e, a princípio, naqueles portadores em que não existem complicações associadas, não há contra-indicação para a prática da atividade física, sendo esta condição patológica encontrada, inclusive, em atletas profissionais em franca atividade.

Em alguns casos particulares deverão ser observados alguns aspectos para que se possa liberar o portador de PVM para as atividades esportivas de maneira segura e isenta de riscos.

## REFERÊNCIAS

1. Jersaty RM. Mitral valve-click syndrome prolapse. *Prog Cardiovasc Dis* 1973;15:623.
2. Savage DD, Garrison RJ, Devereux RB, et al. Mitral valve prolapse in the general population. I. Epidemiologic features: The Framingham Study. *Am Heart J* 1983;106:571-6.
3. Devereux RB. Mitral valve prolapse. *J Am Med Assoc* 1994;271:192-6.
4. Ghorayeb N. Coração do Atleta – Modificações fisiológicas X super-treinamento e doenças cardíacas. *Arq Bras Cardiol* 1995;54:161.
5. Davis RH, Schuster B, Knoelbel SB, et al. Mixomatous degeneration of the mitral valve. *Am J Cardiol* 1971;28:444.
6. Barlow JB, Pocock WA. Mitral valve prolapse: primary, secondary, both or neither? *Am Heart J* 1982;102:140-3.
7. Boudoulas H, Kolibash Jr AJ, Baker P, et al. Mitral valve prolapse and the mitral valve prolapse syndrome: a diagnostic classification and pathogenesis of symptoms. *Am Heart J* 1989;118:796-818.
8. Grinberg M, Quadros CSO, Zaccarelli LM, Lamosa BWR, Pileggi F. A tríade prolapso de valva mitral, ataque de pânico e agorafobia. *Arq Bras Cardiol* 1985;44:41-3.
9. Pariser SF, Jones BA, Pinta ER, et al. Panic attacks: diagnostic evaluation of 17 patients. *Am J Psychiatry* 1979;136:106-8.
10. Bisset GS, Schwartz DC, Meyer RA, James FW, Kaplan S. Clinical spectrum and long-term follow-up of isolated mitral valve prolapse in children. *Circulation* 1980;62:423-9.

- 
11. Kavey RE, Blackman MS, Sondheimer HM, Byrum CJ. Ventricular arrhythmias and mitral valve prolapse in childhood. *J Pediatr* 1984;105:885-90.
  12. Nishimura RA, McGoon MD, Shub C, et al. Echocardiographically documented mitral-valve prolapse: long-term follow-up of 237 patients. *N Engl J Med* 1985;313:1305-9.
  13. Kligfield P, Levy D, Devereux RB, Salvage DD. Arrhythmias and sudden death in mitral valve prolapse. *Am Heart J* 1987;53:113-29.
  14. Barlow JB, Pocock WA. The mitral valve prolapse enigma – two decades later. *Mod Concepts Cardiovasc Dis* 1984;53:13-7.
  15. Pocock WA, Barlow JB. Postexercise arrhythmias in the billowing posterior mitral leaflet syndrome. *Am Heart J* 1970;80:740.
  16. Sloman G, Wong M, Waiker J. Arrhythmias on exercise on patients with abnormalities of posterior leaflet of the mitral valve. *Am Heart J* 1972;83:312.
  17. Fischleder BL, Howitz S, Friedland C. Síndrome mitral telesistólico. *Arch Cardiol Mex* 1974;11:Mayo-Junio.
  18. Joy E. Mitral valve prolapse in active patients: recognitions, treatment and exercise recommendations. *The Physician and Sportsmedicine* 1996;24:July.
  19. Maron BJ, Mitchell JH. 26 Bethesda Conference: recommendations for determining eligibility for competition in athletes with cardiovascular abnormalities. *J Am Coll Cardiol* 1994;24:845-99.
  20. American Academy of Pediatrics – Policy Statement – Committee on Sports Medicine and Fitness – Mitral Valve Prolapse and Athletic Participation in Children and Adolescents – *Pediatrics* 1995;95.
  21. Scordo KA. Effects of aerobic exercise training on symptomatic women with mitral valve prolapse. *Am J Cardiol* 1991;67:863-8.