

Resumo

Aurícula Esquerda Gigante: Um Caso Clínico de Remodelamento Auricular Extremo

António de Oliveira Catchuco ^{1,*}, Yara Juanga ¹, Letícia Janota ¹, Carlos Catraio ¹

¹ Departamento de Cardiologia, Hospital Militar Principal / Instituto Superior, Luanda, Angola.

* Correspondência: dimitrimendelyev1992@gmail.com.

Palavras-Chaves: Aurícula Esquerda Gigante; Fibrilhação Auricular; Cardiopatia Hipertensiva; Insuficiência Cardíaca; Remodelamento Auricular; Acidente Vascular Cerebral.

Da Evidência Global à Realidade Local

Anais da IV Jornada de Cardiologia do Huambo, realizado de 11 a 12 de setembro de 2026, em Huambo, Angola.

Citação: Catchuco AO, Juanga Y, Janota L, Catraio C. Aurícula Esquerda Gigante: Um Caso Clínico de Remodelamento Auricular Extremo. Brazilian Journal of Clinical Medicine and Review. 2026 Jan-Dec;04 (Suppl. 6):jch11

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcmr.2026.4.Suppl.6.jch11>

Publicado: 11 Setembro 2026



Direitos autorais: Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Introdução: A dilatação da aurícula esquerda constitui um importante marcador de remodelamento cardíaco e está associada a maior risco de fibrilhação auricular, acidente vascular cerebral e mortalidade cardiovascular. A aurícula esquerda gigante é uma entidade rara, geralmente associada a doença valvular mitral, particularmente de etiologia reumática, embora possa ocorrer em diferentes contextos de sobrecarga crónica de volume e/ou pressão. **Caso Clínico:** Relatamos o caso de um doente de 56 anos, sexo masculino, raça negra, com antecedentes de hipertensão arterial de longa duração, cardiopatia hipertensiva em fase com fracção de ejeção ventricular esquerda (FEVE) reduzida, fibrilhação auricular permanente e acidente vascular cerebral prévio, com sequelas motoras. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com 15 dias de evolução, caracterizado por dispneia progressiva aos esforços, dispneia paroxística nocturna, ortopneia e cansaço fácil. Ao exame objectivo apresentava-se consciente, polipneico, com ingurgitamento jugular bilateral e refluxo hepatojugular, não tolerando o decúbito. À auscultação pulmonar observava-se diminuição do murmúrio vesicular nas bases, ferveores crepitantes bilaterais e sibilos disseminados. Na auscultação cardíaca apresentava tons arrítmicos, normofonéticos, com sopro holossistólico grau III/VI no foco mitral. Apresentava ainda edema maleolar bilateral e hemiparesia espástica esquerda como sequela do acidente vascular cerebral prévio. O electrocardiograma revelou fibrilhação auricular, com frequência ventricular de 78 bpm, eixo eléctrico desviado para a esquerda e sinais de sobrecarga ventricular esquerda. A radiografia do tórax evidenciou aumento do índice cardiotorácico e sinais de congestão pulmonar, sem evidência de processo infeccioso. O ecocardiograma transtorácico demonstrou cardiopatia hipertensiva em fase dilatada com FEVE reduzida, disfunção sistólica do ventrículo direito e insuficiência mitral moderada. Destacou-se marcada dilatação da aurícula esquerda, com área de 217,9 cm² e volume estimado de 2.036mL, compatível com aurícula esquerda gigante. **Conclusão:** A aurícula esquerda gigante é uma manifestação rara de remodelamento auricular crónico, habitualmente associada a doença valvular mitral significativa, sobretudo de etiologia reumática. A aurícula esquerda gigante constitui uma manifestação extrema do remodelamento cardíaco crónico e pode ocorrer mesmo na ausência de doença mitral grave. Neste caso, a dilatação auricular extrema parece resultar de um processo multifactorial, envolvendo cardiopatia hipertensiva, fibrilhação auricular permanente e insuficiência cardíaca. A identificação desta entidade deve alertar para o elevado risco de complicações, nomeadamente fenómenos tromboembólicos e agravamento da insuficiência cardíaca, justificando uma avaliação clínica e ecocardiográfica sistemática.