

Mixoma atrial esquerdo cursando com estenose mitral funcional: relato de caso

Left atrial myxoma with functional mitral stenosis: a case report

Rayana de Albuquerque Guimarães Pimentel^{1*}, Camila Catharine Pontes Sanches¹, Carlos Magalhães Santana Rocha¹, Hélio Batista Souza Júnior¹, Ian Vitor Paiva de Lima¹, Karinne Mendes Santos¹, Marcella Markman de Almeida¹, Maria Áurea de Andrade Borba¹ Victor Soares Gomes da Silva¹

¹ Hospital Universitário Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil.

*correspondência: rayanaguimap@gmail.com

Recebido: 30/10/2019.

Aceito: 12/11/2019.

Resumo

Tumores intracardíacos primários são entidades raras, dentre eles o mixoma é o mais comum. O mixoma cardíaco pode se apresentar com manifestações constitucionais, embólicas ou obstrutivas. Um caso de mixoma atrial esquerdo é descrito em homem de 68 anos de idade, que apresentou como queixas dispneia aos esforços moderados e tosse seca iniciadas há 6 meses, progredindo com dispneia ao repouso, dispneia paroxística noturna e ortopneia. Ao ecocardiograma foi visualizado grande massa ocluindo a valva mitral e hipertensão arterial pulmonar importante. O tratamento para o caso foi a ressecção cirúrgica, com evolução satisfatória e estável.

Palavras-chave: tumores intracardíacos, mixoma atrial, dispneia, hipertensão pulmonar

Abstract

Primary intracardiac tumors are rare entities and among them, mixoma is the most common. The cardiac mixoma can present constitutional, embolic and obstructive manifestations. A case of left atrial mixoma is described in male, 68 years old, complaining of dyspnea on moderate exertion and dry cough initiated 6 months ago, evolving to dyspnea at rest, paroxysmal nocturnal dyspnea and orthopnea. The echocardiogram showed large mass occluding the mitral valve and significant pulmonary hypertension. The treatment for the case was surgical resection, with satisfactory and stable evolution.

Keywords: Intracardiac tumors, atrial mixoma, dyspnea, pulmonary hypertension

Introdução

Os mixomas são os tumores primários mais frequentes do coração. Prevalencem no átrio esquerdo (AE), sendo quase sempre solitários. Geralmente se apresentam, histopatologicamente, com características de benignidade, entretanto, devido à sua localização, podem ter desfecho desfavorável, caracterizado por fenômenos tromboembólicos, podendo levar até à morte súbita.¹

Relato de Caso

Homem de 68 anos de idade apresentando história de dispneia aos moderados esforços, tosse seca e perda de 13 kg em seis meses mesmo após

acompanhamento e tratamento com pneumologista relatava os mesmos sintomas. Para averiguação dos sintomas recorrentes foi solicitado um ecocardiograma transtorácico, que demonstrou fração de ejeção de ventrículo esquerdo (VE) de 68%, grande massa ocluindo a valva mitral durante a diástole, leve aumento de AE e importante hipertensão da artéria pulmonar. Foi admitido na emergência do Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE), devido a piora do quadro respiratório. Na admissão, apresentava ausculta cardíaca com sopro sistólico em foco tricúspide (3+/6+). O eletrocardiograma de entrada demonstrou sobrecarga de AE, ritmo sinusal regular, sem sinais de isquemia miocárdica e taquicardia sinusal (pouco mais de 100 bpm).

Foi realizado ecocardiograma transefágico que evidenciou imagem tumoral em AE, sugestiva de mixoma atrial, e dilatação importante do AE e de câmaras direitas (Figura 1). Após avaliação do caso, o tratamento indicado foi a cirurgia para a excisão do provável mixoma.

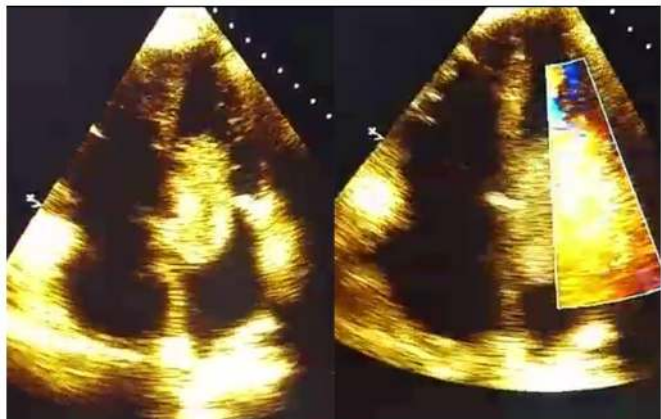


Figura 1. Ecocardiograma transefágico demonstrando comprometimento das câmaras cardíacas esquerdas por massa sugestiva de mixoma.

A ressecção cirúrgica do tumor intracardíaco foi realizada através de esternotomia, com instalação de circulação extracorpórea. Empregou-se hipotermia sistêmica leve (32 °C) e cardioplegia seguida de atriotomia direita com incisão do septo interatrial, expondo a tumoração em AE, a qual foi retirada sem fragmentação e o septo foi reconstruído com retalho de pericárdio bovino (Figura 2).

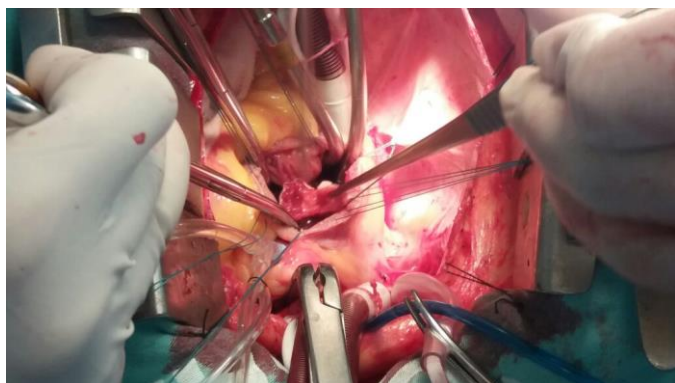


Figura 2. Momento cirúrgico da retirada do tumor cardíaco após atriotomia.

Foi realizada atriorrafia direita e desclampe da aorta com recuperação dos batimentos cardíacos. Durante a revisão da hemostasia, foi encontrado sangramento em teto superior do átrio esquerdo, sendo necessário novo clampeamento com cardioplegia e assistolia para reparo da lesão com

sutura, seguindo-se de aposição de TachoSil e cola. A seguir, foi realizado desclampe da aorta e recuperação dos batimentos cardíacos. Por fim, o paciente foi estabilizado e retirada a circulação extracorpórea.

Evoluiu clinicamente estável na UTI pós-operatória, porém com piora da função renal nos primeiros dias, tratada de forma conservadora, após avaliação do nefrologista, sem outras intercorrências. No quinto dia pós-operatório o paciente foi encaminhado para a enfermaria, sem queixas respiratórias e com melhora da função renal. Evoluiu estável e assintomático, recebendo alta do serviço 15 dias após a cirurgia, com melhora do estado geral e sem sinais ou sintomas de insuficiência cardíaca.

A peça cirúrgica foi enviada para análise histopatológica, a qual confirmou o diagnóstico de mixoma, de dimensões 5,5 x 4,0 x 4,0 cm (Figura 3).



Figura 3. Peça cirúrgica demonstrando aspecto macroscópico do mixoma.

Comentários

Os mixomas são os tumores primários do coração de maior frequência e constituem cerca de 50% dos tumores benignos.² Neste relato, o pedículo do tumor se localizava no AE, logo acima da válvula mitral. Cerca de 75% dos casos descritos estão nessa câmara cardíaca.¹

A apresentação sintomatológica desses tumores cardíacos não tem relação com o caráter de malignidade, e sim com aspectos obstrutivos

valvares, fenômenos tromboembólicos e arritmias, podendo evoluir desfavoravelmente.¹ O paciente em questão não foi acometido por tromboembolismos e não se diagnosticou nenhuma arritmia relacionada ao mixoma, entretanto, devido ao tamanho e a sua relação com a valva mitral, o tumor desencadeava sintomas de estenose funcional desta valva, levando a um quadro de insuficiência cardíaca esquerda, progredindo posteriormente para um quadro de insuficiência cardíaca global (congestão sistêmica).

Sugerido pelas imagens ecocardiográficas e confirmado pelo procedimento cirúrgico, o paciente apresentava um tumor único, friável, gelatinoso e pediculado ao septo interatrial, que, de acordo com a literatura, é a forma encontrada em metade dos casos.³ Geralmente, esses tumores se apresentam em torno da fossa oval.⁴ Em alguns casos, o MC também pode ter múltiplos focos ou ainda envolver tecido valvar.³

Ao exame, geralmente, o tumor por si só não causa sopros, entretanto, esses podem ocorrer secundários à repercussão cardíaca, como foi encontrado no paciente do presente relato, que evoluiu com um sopro sistólico em foco tricúspide, decorrente de hiperfluxo retrógrado através da valva atrioventricular direita. Em certos casos, quando existe a movimentação do mixoma pela valva mitral ou tricúspide, pode ser evidenciado o *tumor plop*, que é caracterizado como um ruído diastólico próprio⁴; tal ruído não pôde ser identificado no paciente estudado.

As manifestações clínicas dependem do tamanho, localização e mobilidade dos tumores intracardíacos. Desta forma, os pacientes podem evoluir com dispneia, dor torácica, síncope, arritmias, palpitações, fenômenos embólicos (como acidente vascular cerebral), e até mesmo evidências de insuficiência cardíaca congestiva e apresentar sintomas constitucionais.⁵ No caso em questão, o paciente apresentava dispneia e sinais de insuficiência cardíaca global, pois havia sintomas de congestão sistêmica e pulmonar, não apresentando outros sintomas citados anteriormente. Em relação à hipertensão arterial pulmonar importante apresentada no caso (pressão sistólica em artéria pulmonar de 111 mmHg), é possível

destacar que a literatura traz essa associação, porém, há poucos casos relatados, não sendo ainda possível determinar se o grau e as repercussões cardiopulmonares dessa hipertensão arterial pulmonar estão de acordo com a maioria dos mixomas de AE.

Para o diagnóstico, lança-se mão de exames de imagens, sendo a ecocardiografia o exame de eleição, podendo ser utilizada tanto no pré quanto no transoperatório. Outras alternativas, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, podem ser utilizadas em casos selecionados.³ No presente relato, a investigação diagnóstica inicial foi realizada pela avaliação clínica e um ecocardiograma transesofágico, sendo a suspeita reforçada com a realização de um ecocardiograma transesofágico, por sua maior sensibilidade e especificidade.⁶

O tratamento cirúrgico pode ser considerado curativo, oferecendo um bom prognóstico³, e deve ser realizado sem atrasos devido ao risco constante de episódios embólicos. A ressecção do septo interatrial é recomendada, se necessário, com colocação de um remendo, eliminando uma maior área ao redor do pedúnculo para evitar maiores riscos de recidiva.⁶ Tal técnica foi realizada no paciente relatado, utilizando um *patch* biológico para o fechamento do septo interatrial.

Após a remoção cirúrgica do tumor, ainda no período pós-operatório, é comum a regressão das manifestações clínicas e das anormalidades laboratoriais, com o paciente recebendo alta hospitalar assintomático.⁷ Antes da alta hospitalar, o paciente deve sempre ser orientado sobre a importância do correto acompanhamento, pois apesar dos baixos índices de recidiva destes tumores cardíacos (4,7% em 526 casos.⁸ Também se faz necessária a investigação a longo prazo desses doentes, com a realização de ecocardiografias seriadas⁶, com o intuito de assegurar uma boa qualidade de vida, sem complicações.

Conclusão

O caso relatado ratificou a importância de correto diagnóstico, diante de outros possíveis diagnósticos diferenciais, nos casos de mixoma

atrial pois, apesar de se constituir num tumor cardíaco benigno, pode evoluir de maneira fatal, o que pode ser evitado com intervenção cirúrgica curativa. Vale ressaltar que é imprescindível a continuidade do cuidado para um melhor prognóstico e qualidade de vida.

Referências

1. Barbutto C et al (2006) Mixoma Atrial Esquerdo. Revista SOCERJ, 19(2): 180-183.
2. Lammer RJ, Bloor CM (1986) Pathology of cardiac tumors. Kapoor AS, ed. Cancer of the heart. New York: Springer-Verlag.
3. Vale MP et al (2008) Mixoma gigante em átrio esquerdo - Relato de caso. Rev Bras Cir Cardiovasc 23(2): 276-278.
4. Serrano A et al. (1994) Mixoma da aurícula esquerda: apresentando-se por acidentes microvasculares de repetição. Acta Médica Portuguesa 7: 561-563.
5. Lobo Filho JG et al (2006) Mixoma de átrio direito com prolapso para o ventrículo direito. Braz J Cardiovasc Surg; 21(2): 217-220.
6. Karigyo CJT, Silva FBF (2014) Tumores cardíacos: uma breve revisão da literatura. Rev Med Res 16(1):27-34.
7. otta AAR et al (2008) Cirurgia cardíaca de emergência para ressecção de mixoma atrial esquerdo. Revista Brasileira Cir Cardiovasc, 23(2): 283-287.
8. Faber CN et al (1994) Tratamento cirúrgico de mixoma do coração duplamente recidivado, em paciente testemunha de Jeová: relato de caso. Revista Brasileira Cir Cardiovascular, 13(2).