

Relato de Caso

Mixoma Atrial Esquerdo

Left Atrial Myxoma

*Carlos Barbuto, Daniela Mendonça Sueth, Felipe Montes Pena, Marcelo Antunes Vieira,
Marcelo Marques Franklin, Marco Antônio Teixeira*

Hospital São José do Avaí (Itaperuna –RJ)

Os tumores primários cardíacos são entidades raras. Um caso de mixoma atrial esquerdo foi descrito em um homem de 43 anos de idade com episódios recorrentes de síncope. Síncope é um sintoma amplamente descrito quando associado a mixomas cardíacos, mas associações específicas com homens não são comuns. Os autores discutem as manifestações clínicas, o diagnóstico e o tratamento da doença. Foi realizada uma revisão da literatura com base na análise da literatura brasileira e internacional.

Palavras-chave: Mixoma atrial, Tumor cardíaco, Síncope

Primary tumors of the heart are rare entities. A case of left atrial myxoma was reported in a 43-year-old male with recurrent episodes of syncope. Syncope is a symptom thoroughly described as being associated with heart myxomas, but specific association with male individuals is not common. The authors discuss the clinical manifestations of the disease, diagnosis, and treatment, and present a review of the literature based both on Brazilian and international literatures.

Key words: Atrial myxoma, Cardiac tumor, Syncope

Os mixomas cardíacos são o tumor primário mais comum do coração e representam, aproximadamente, 75% a 80% dos tumores cardíacos cirúrgicos¹. O primeiro mixoma atrial foi descrito em 1845², representando cerca de 50% dos tumores benignos cardíacos. A prevalência maior se encontra em mulheres e raro em crianças, localizando-se principalmente no átrio esquerdo, com uma incidência superior a 70% nesta câmara, chegando a 94% dos tumores solitários³.

Os mixomas ventriculares geralmente são pediculados, diferenciando-se dos atriais, que são sésseis.

Os portadores do mixoma cardíaco se apresentam com uma tríade clássica dos sintomas: manifestações constitucionais, embólicas ou obstrutivas⁴.

Estes tumores surgem no endocárdio, de uma célula mesenquimal ou multipotente do subendocárdio,

formando uma massa branca, amarelada ou amarronzada, freqüentemente recoberta por trombos. Os tumores apresentam tamanho médio de 5cm de diâmetro e peso de 50g a 60g³. Geralmente encontram-se envoltos em um estroma mixomatoso e, histologicamente, distinguem-se de trombos organizados por estarem recobertos de endotélio⁴.

Relato do Caso

ORRJ, 43 anos, masculino, pardo, pecuarista, natural e residente em Itaperuna (RJ), chegou ao ambulatório do HSJA com queixa de “desmaio”. O paciente relata que há 11 meses iniciou um quadro de adinamia acompanhada de astenia, culminando em episódio de lipotímia. Seis meses mais tarde, apresentou novamente lipotímia, tendo nesse momento ocorrido a intensificação dos sintomas, surgindo dispnéia aos grandes esforços, que evoluiu progressivamente para moderados esforços, até que há um mês

apresentou um episódio de síncope de duração aproximada de 1 minuto, procurando então atendimento médico. O exame físico estava sem alterações. O paciente foi então submetido à investigação com teste ergométrico, que não foi finalizado pela intolerância ao mesmo, e ecocardiografia que revelou presença de imagem sugestiva de mixoma de grande dimensão no interior do átrio esquerdo, aderido ao septo interatrial, com moderada obstrução ao fluxo do átrio esquerdo (Figuras 1 e 2)

tumoração sólida, ligeiramente heterogênea, de forma ovalada, medindo cerca de 5,51cmx3,96cm de diâmetro, localizada no interior do átrio esquerdo, inserida ao septo interatrial através de um fino pedículo, com ampla movimentação peduncular em direção ao anel mitral na diástole, retornando ao átrio esquerdo na sístole, e ocupando 54% da área atrial. (Figuras 3 e 4)

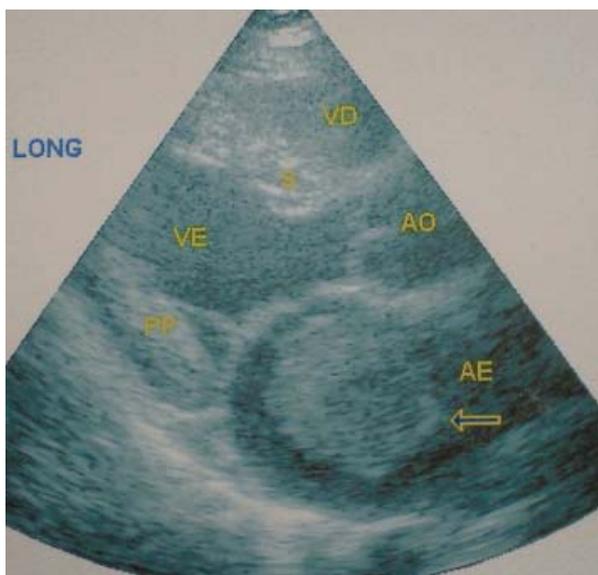


Figura 1
Ecocardiografia transtorácica pré-cirúrgica, demonstrando mixoma atrial esquerdo

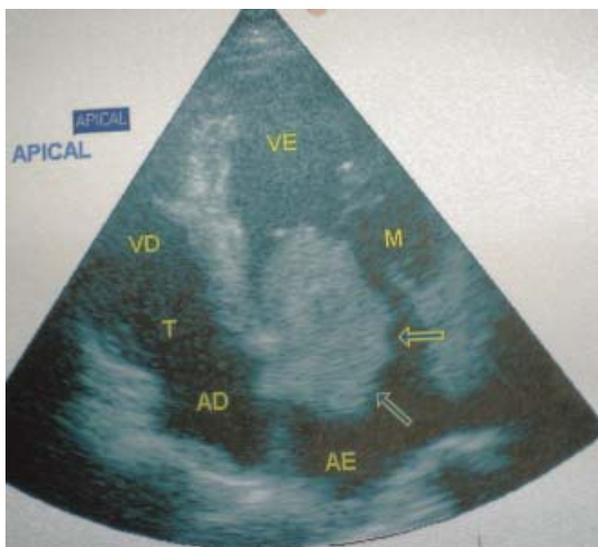


Figura 2
Ecocardiografia transtorácica pré-cirúrgica, demonstrando mixoma atrial esquerdo

Foi solicitado, então, um ecocardiograma transesofágico que revelou presença de grande

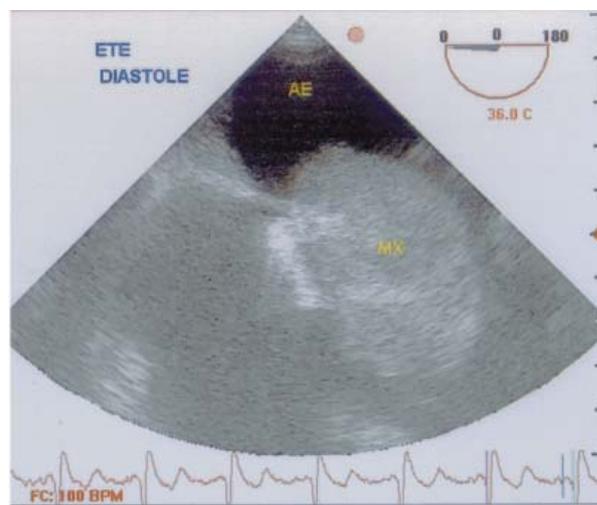


Figura 3
Ecocardiograma transesofágico pré-cirúrgico, demonstrando mixoma atrial esquerdo

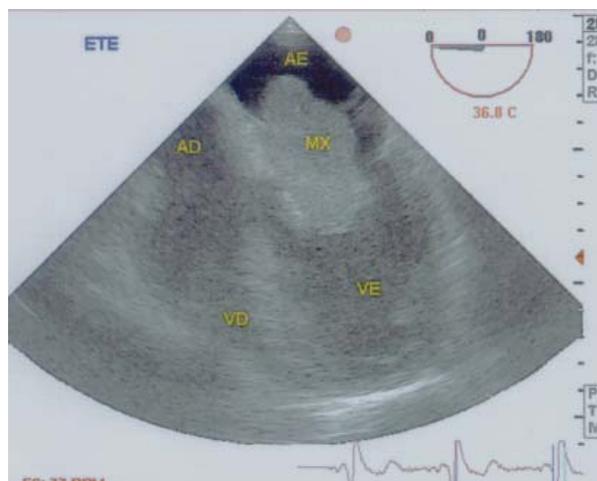


Figura 4
Ecocardiograma transesofágico pré-cirúrgico, demonstrando mixoma atrial esquerdo

Sugerida a hipótese de provável mixoma atrial, foi proposto tratamento cirúrgico para ressecção e diagnóstico definitivo. Realizou-se exérese do tumor através de cirurgia. A biópsia da peça cirúrgica (Figura 5) revelou neoplasia benigna, demonstrando histologicamente células mixomatosas, indiferenciadas, com formações vasculares em meio à matriz amorfa extracelular, selando o diagnóstico de mixoma atrial. (Figuras 6 e 7)



Figura 5
Peça cirúrgica demonstrando o aspecto macroscópico do tumor

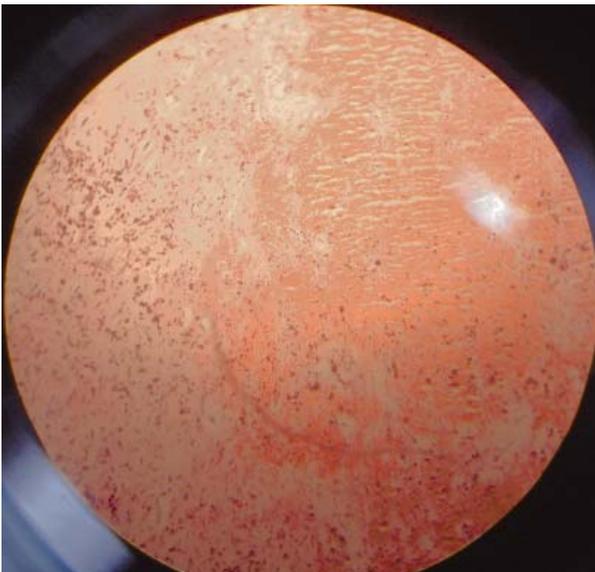


Figura 6
Histologia demonstrando a origem mesenquimal do tumor

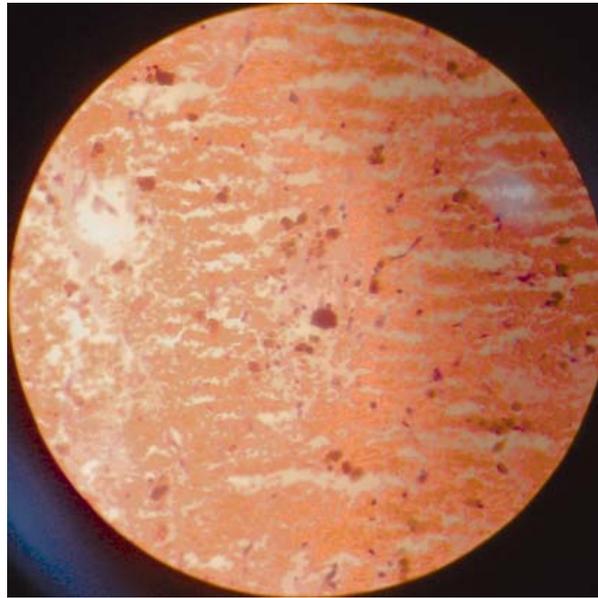


Figura 7
Histologia demonstrando a microscopia do tumor em aumento de 40x revelando células mixomatosas e formações vasculares

Não houve intercorrências no pós-operatório e o paciente recebeu alta no quinto dia.

Discussão

Os tumores primários do coração são raros, com incidência entre 0,0017% e 0,19%, aleatoriamente, em necropsia. Cerca de três quartos dos tumores são benignos. Aproximadamente a metade deles é representada por mixomas e o restante por lipomas, fibroelastomas papilares e rabiomiomas.

Mixomas ocorrem em todas as idades, particularmente entre a terceira e sexta décadas de vida. As mulheres predominam na maioria das séries. No momento do diagnóstico, os pacientes com mixoma de origem familiar são geralmente considerados tão jovens quanto aqueles com mixoma de origem não-familiar^{2,5,6}. Este tipo de tumor é considerado uma neoplasia benigna, mas pode ser letal devido a complicações embólicas ou obstrução atrioventricular. A sua natureza neoplásica é sustentada por relatos de anormalidades cromossômicas e do teor de DNA anormal demonstrado em alguns estudos^{1,7}.

Apesar das características benignas, a sintomatologia irá depender do tamanho, da forma, da mobilidade e da localização do tumor, sendo as manifestações mais comuns de insuficiência cardíaca congestiva. Os pacientes podem apresentar dor torácica atípica, síncope, letargia, indisposição, perda de peso, palpitações, edema periférico, edema pulmonar agudo, embolia pulmonar, isquemia cerebral, ataque isquêmico transitório, fibrilação atrial, flutter atrial e outras taquiarritmias, hemoptise, embolização sistêmica e infecção com sinais de endocardite bacteriana. Fenômenos mencionados frequentemente são: embolismo, variando de 17% a 50%; taquiarritmias, de 24% a 25,7%; sintomas constitucionais, de 9,3% a 45% estão presentes somente no mixoma atrial esquerdo; dor torácica, de 12,9% a 25% e síncope, de 6% a 18,9%^{3,7}. A ausculta cardíaca tem achados variáveis e depende da posição do corpo em caso de tumores móveis. Em um terço dos pacientes, sopros protodiastólicos podem ser ouvidos por 80ms a 150ms depois da segunda bulha. Em algumas ocasiões, atrito pericárdico pode estar presente em pacientes com tumores de átrio direito^{2,8}.

Atualmente, o ecocardiograma⁹ é o método diagnóstico de eleição no mixoma intracardíaco, dado ao emprego ampliado das técnicas bidimensionais desde a década de 70. Os achados eletrocardiográficos são inespecíficos¹⁰. A telerradiografia do tórax pode revelar alargamento do átrio esquerdo, sinais de congestão e de hipertensão pulmonar⁸.

Os mixomas cardíacos são incluídos no diagnóstico diferencial de doença valvar, falência cardíaca, cardiomegalia, endocardite bacteriana, arritmias cardíacas, síncope e embolia pulmonar e sistêmica⁷.

O tratamento de escolha é a remoção cirúrgica, que geralmente é curativa. Após o diagnóstico estabelecido, a cirurgia é logo programada porque há possibilidade de complicações embólicas ou morte súbita⁶⁻¹⁰. A taxa de recidiva do tumor é muito baixa, sendo a sobrevida após a cirurgia elevada, com taxa de mortalidade hospitalar em torno de 50%³.

O paciente deste relato de caso cursou com síncope, que ocorre em 6% a 18,9%, devido à obstrução tumoral. Este sintoma desaparece tão logo ocorra a desobstrução e é desencadeada com curta atividade física. A obstrução por tumores pedunculados pode levar à diminuição do fluxo cerebral e causar morte súbita. O fato de o paciente ser do sexo masculino é um dado importante que contradiz a epidemiologia. Assim, deve-se lembrar do mixoma cardíaco como possível causa de síncope.

Referências

1. Acebo E, Van-Bernal JE, Gómez-Róman JJ, Revuelta JM. Clinicopathologic study and DNA analysis of 37 cardiac myxomas. *Chest*. 2003;123:1379-385.
2. Reynen K. Cardiac myxomas. *N Engl J Med*. 1995;333:1610-617.
3. Nogueira DC, Bomtempo D, Menardi AC, Vicente WVA, Ribeiro PJF, Évora PRB. Mixoma atrial esquerdo como causa de síncope em uma adolescente. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81:202-205.
4. Escobar FS, Attié F, Barrón JV, Marroquín SR, Abadiano JAC. Mixoma intraventricular izquierdo. *Arch Mex Cardiol*. 2004;74:290.
5. Shanz U, Schneider J. Endokardiomyxome: Neue Aspekte zur Histopathogenese. *Scheiz Med Wochenschr*. 1984;114:850-57.
6. Peters MN, Hall RJ, Cooley DA, Leachman RD, Garcia E. The clinical syndrome of atrial myxoma. *JAMA*. 1974;230:695-701.
7. Kotylo PK, Kennedy JE, Waller BF. DNA analysis of cardiac myxomas. *Chest*. 1991;99:1203-1207.
8. St John Sutton MG, Mercier L-A, Giuliani ER, Lie JT. Atrial myxomas: a review of clinical experience in 40 patients. *Mayo Clinic Proc*. 1980;55:371-76.
9. Barrón JV, Niebla MCL, Medina ARG, Kury RB, Dubach P. Pulsed Doppler echocardiographic analysis of atrioventricular flow changes in patients with atrial myxoma. *Am Heart J*. 1986;112(4):850-54.
10. Hall RJ, Cooley DA, McAllister Jr HA, Frazier OH. Neoplastic heart disease. In: Hurst JWe (ed). *The Heart, arteries and veins*. 7th ed. New York: MacGraw Hill; 1990:1382-403.