

Relato
de Caso

Oclusão de Artéria Radial no Diagnóstico de Mixoma

Radial Artery Occlusion in the Diagnosis of Atrial Myxoma

Amir Gonçalves Neto, Adriano Marçal Nogueira Junior, Cláudio Ramos da Costa,
José Ronaldo Junqueira Dias, Renata Bourdette Ferreira

Resumo

Os tumores cardíacos são entidades raras, representando cerca de 1% dos tumores, sendo mais comum a forma metastática, com uma incidência de 0,02% em séries de necropsias nos Estados Unidos. Relata-se o caso de um paciente de 55 anos, do sexo masculino, que evoluiu com dor precordial relacionada aos esforços, apresentando-se no setor de emergência com quadro de dor precordial e dor em membro superior direito, com sinais de oclusão de artéria radial aguda.

Palavras-chave: Mixoma atrial, Embolização, Dor precordial

Abstract

Cardiac neoplasms are rare, representing some 1% of all tumors, with the metastatic form being more common at 0.02% of a series of the necropsies conducted in the USA. This paper reports on a male patient 55 years old, who developed precordial pain with stress, going to the emergency room with precordial pain and pain in the upper right limb, with signs of acute radial artery occlusion.

Keywords: Atrial myxoma, Embolism, Chest pain

Introdução

Os tumores cardíacos são entidades raras, sendo a maioria de origem metastática. Dos tumores primários do coração, 75% são benignos, sendo o mais comum o mixoma, representando 50% das séries de casos clínicos em adultos e 90% das séries cirúrgicas¹.

Ocorre mais frequentemente no sexo feminino, com 2/3 dos casos, e em 75% no átrio esquerdo. Cerca de 90% desses tumores ocorrem de forma solitária, com uma média de tamanho de 5cm a 6cm, podendo atingir até 15cm^{2,3}.

Os pacientes podem se apresentar com uma ou mais manifestações da tríade, constituída por obstrução intracavitária, embolização sistêmica e sintomas constitucionais, como dispnéia, que é o mais comum⁴.

Relato do caso

CAG, 55 anos, sexo masculino, branco, natural do Rio de Janeiro, morador de Campo Grande, aposentado, procurou o serviço de emergência da CSNSC com relato de dor torácica com evolução de 15 dias, em aperto, associada aos esforços físicos, com duração menor do que 20 minutos, não sabendo relatar fatores associados à melhora ou piora da dor precordial. Relatou que vinha em acompanhamento com reumatologista devido à dor articular que teve início há dois meses. Referiu ainda que, havia dois dias, tinha evoluído com cianose em dedos da mão esquerda. Relatou história familiar para doença arterial coronariana em mãe e pai e tabagismo, tendo parado há 20 anos. Sem outras comorbidades.

Sua queixa no dia 20-03-08, que o fez procurar o setor de emergência, foi dor em membro superior esquerdo associado à cianose importante. Foi avaliado na

Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo – SOS Coração – Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Correspondência: amir-neto@hotmail.com

Amir Gonçalves Neto | Rua Coroados, 55 ap. 804 – Bangu – Rio de Janeiro (RJ), Brasil | CEP: 21833-080

Recebido em: 28/05/2008 | Aceito em: 20/06/2008

emergência, internado no CTI, e avaliação pela cirurgia vascular que indicou procedimento cirúrgico devido à oclusão arterial aguda.

Realizada a passagem de cateter *fogarty* para a reperfusão de membro superior, com sucesso, e retirado material gelatinoso, que foi enviado para estudo anatomopatológico.

Foi realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou uma massa intracardiaca em átrio esquerdo que, pela dificuldade técnica de adquirir uma boa janela, foi indicado estudo transesofágico (Figura 1). Este mostrou moderado aumento de cavidades esquerdas, com função ventricular preservada e imagem em átrio esquerdo arredondada (5,7cm x 3,6cm), causando obstrução de fluxo AE-VE, projetando-se para dentro de VE durante a sístole ventricular, sugestivo de mixoma atrial.



Figura 1
Ecocardiograma transesofágico mostrando volumoso mixoma de átrio esquerdo.

Devido à possibilidade diagnóstica, optou-se pelo tratamento cirúrgico (Figura 2) com a ressecção do

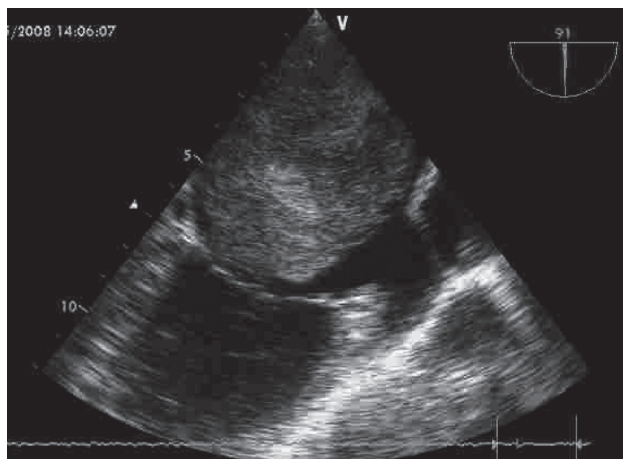


Figura 2
Ecocardiograma transesofágico intra-operatório

tumor, o que ocorreu no dia 25-03-2008, enviando-se a peça cirúrgica para estudo anatomopatológico (Figura 3).

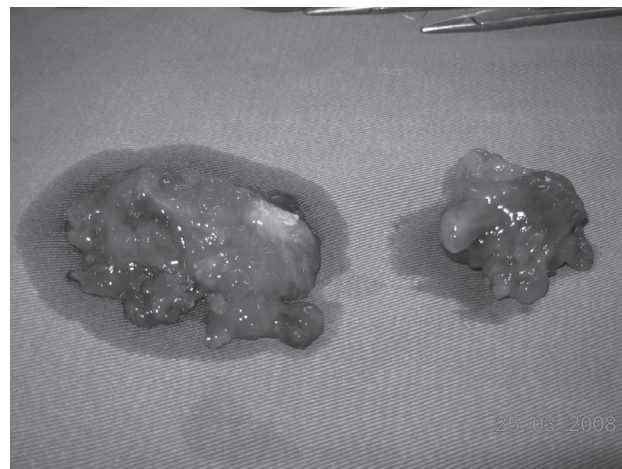


Figura 3
Mixoma de átrio esquerdo retirado após cirurgia cardíaca.

Ambos os materiais enviados possuíam histologia compatível com mixoma atrial, ou seja, formações vasculares em meio à matriz amorfa extracelular com presença de células mixomatosas.

Paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, recebendo alta hospitalar no sexto dia pós-operatório.

Discussão

Em 1952, foi feito o primeiro diagnóstico de tumor cardíaco *ante-mortem* e, em 1954, foi realizada a primeira retirada cirúrgica de um tumor cardíaco, ambos correspondendo a mixomas².

Os tumores cardíacos são entidades raras, sendo a forma primária a menos comum, correspondendo a 75% dos casos. Desses tumores benignos, o mais comum é o mixoma, que responde por mais de 70% dos casos.

O mixoma ocorre em todas as idades, sendo mais comum, em média, aos 50 anos, porém já houve relato em crianças e em adultos maiores de 70 anos. Sua incidência é maior no sexo feminino, com 75% dos casos, além de ocorrer também com mais frequência dentro da cavidade atrial esquerda. Há relato de casos familiares, correspondendo a 10%, com pacientes com menor faixa etária em torno de 20 anos, com localizações atípicas, podendo haver tumores múltiplos e recorrentes.

Os pacientes apresentam como sintoma uma ou mais manifestações da tríade: obstrução intracavitária,

sintomas constitucionais e embolização sistêmica, podendo ocorrer sintomas de insuficiência cardíaca e síncope⁴. Devido ao efeito móvel dessa obstrução, pode haver relação com a posição do corpo, sendo aqueles maiores de 5cm relacionados com maior sintomatologia. A embolização ocorre em até 30% dos casos, podendo haver episódios de AIT, convulsões e embolização periférica. Os sintomas constitucionais são: mialgia, febre, fraqueza muscular, artralgia, erupção, perda de peso.

O ecocardiograma bidimensional⁵ é o método padrão-ouro para o diagnóstico, onde é visualizado um tumor maleável, móvel e conectado ao septo interatrial. O eletrocardiograma⁶ é inespecífico, como no caso relatado. A radiografia de tórax⁷ pode demonstrar um aumento de átrio esquerdo e sinais de hipertensão pulmonar venosa. A ressonância e a tomografia são métodos alternativos, porém dispendiosos para o diagnóstico.

O tratamento cirúrgico^{6,8} é sempre indicado, caso não ocorra alguma contra-indicação para o procedimento. Há uma taxa de reincidência do tumor entre 1% a 5% dos casos, indicando-se o acompanhamento ecocardiográfico após a ressecção do tumor.

Referências

1. Acebo E, Van-Bernal JF, Gómez-Róman JJ, et al. 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, et al. Mixoma atrial esquerdo como causa de síncope em uma adolescente. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81:202-205.
4. Escobar FS, Attié F, Barrón JV, et al. Mixoma intraventricular izquierdo. *Arch Mex Cardiol*. 2004;74:290-94.
5. Barrón JV, Niebla MCL, Medina ARG, et al. Pulsed Dopplerechocardiographic analysis of atrioventricular flow changes in patients with atrial myxoma. *Am Heart J*. 1986;112(4):850-54.
6. Hall RJ, Cooley DA, McAllister Jr HA, et al. Neoplastic heart disease. In: Hurst JW (ed). *The heart, arteries and veins*. 7th ed. New York: MacGraw Hill; 1990:1382-403.
7. St John Sutton MG, Mercier LA, Giuliani ER, et al. Atrial myxomas: a review of clinical experience in 40 patients. *Mayo Clinic Proc*. 1980;55:371-76.
8. Peters MN, Hall RJ, Cooley DA, et al. The clinical syndrome of atrial myxoma. *JAMA*. 1974;230:695-701.