

Turmoil de Sintomas: O Impacto Devastador de um Linfoma Cardíaco – Múltiplas Manifestações Clínicas e as Causas Letais de Acometimento Cardíaco

Turmoil of Symptoms: The Devastating Impact of Cardiac Lymphoma – Multiple Clinical Manifestations and the Lethal Causes of Cardiac Involvement

Gustavo Carvalho,¹ Maria Fernanda Miranda Carvalho,¹ Tiago Magalhães,^{1,2} Alexandre Manoel Varela,³ Kamila Fernanda Staszko,¹ Mariana Rie Hayashida¹

Universidade Federal do Paraná,¹ Curitiba, PR – Brasil

Hospital do Coração,² São Paulo, SP – Brasil

Hospital Erasto Gaertner,³ Curitiba, PR – Brasil

Resumo

O linfoma cardíaco primário (LCP) é uma neoplasia rara e altamente letal, cuja apresentação clínica inespecífica dificulta o diagnóstico precoce. Este artigo relata o caso de um paciente idoso, previamente saudável, que apresentou tonturas e síncope por quatro meses antes da descoberta de uma grande massa tumoral no coração. Exames de imagem, como ecocardiograma e ressonância magnética, foram cruciais para a identificação do tumor, e a biópsia confirmou tratar-se de um linfoma de células B com alta replicação. No entanto, diante da gravidade do quadro e da recusa da família em prosseguir com o tratamento, o paciente evoluiu para morte súbita duas semanas após o diagnóstico. Os tumores cardíacos primários (TCPs) são subdiagnosticados, com sintomas variados que podem incluir obstruções vasculares, arritmias e insuficiência cardíaca. Os LCPs representam apenas 1 a 2% das massas cardíacas primárias, sendo mais comuns em homens idosos. O diagnóstico é desafiador devido à ausência de sinais específicos, tornando exames de imagem e biópsias fundamentais para a confirmação da doença. O caso ilustra a complexidade do manejo dos LCPs, cuja evolução rápida limita as opções terapêuticas. A falta de sintomas específicos e a progressão silenciosa ressaltam a importância do diagnóstico precoce. A alta taxa de mortalidade reforça a necessidade de maior atenção médica para essa condição, que frequentemente leva a desfechos fatais antes da possibilidade de intervenção eficaz.

Introdução

Os tumores cardíacos primários (TCPs) são entidades raras na prática clínica, podendo ser classificados como lesões benignas

(mixomas) e malignas (sarcomas e linfomas).^{1,2} Com o aumento da expectativa de vida da população, é esperado o incremento na incidência desses tumores, assim, cresce a necessidade de maior atenção aos seus possíveis sintomas, principalmente ao considerar que suas manifestações clínicas são diversas.^{2,3}

Tendo isso em vista, é importante ressaltar que os TCPs frequentemente são subdiagnosticados, podendo levar o paciente à óbito antes que uma abordagem terapêutica possa ser efetivamente implementada.² No caso a ser discorrido neste artigo, é retratado um linfoma miocárdico primário em um idoso, previamente hígido, que evoluiu para morte súbita duas semanas após o diagnóstico.

Com isso, o objetivo desse estudo é discutir as particularidades clínicas e diagnósticas dos TCPs.

Relato de Caso

Homem, 78 anos de idade, previamente hígido, com queixa de tonturas e síncope com evolução de 4 meses. Chegou a ser atendido em outras unidades de pronto atendimento, porém houve piora progressiva de suas insatisfações.

Ao exame físico, nada digno de nota. No eletrocardiograma, ritmo sinusal e alteração difusa da repolarização ventricular. Radiografia de tórax demonstrando área cardíaca no limite superior da normalidade e velamento dos seios costofrênicos bilateralmente. Ao ecocardiograma transtorácico foi constatado grande massa tumoral infiltrada no septo interventricular e na parede ínfero-lateral do ventrículo direito, invadindo as cavidades atrial e ventricular direita, e a cavidade ventricular esquerda junto ao septo (Figura 1).

Diante disso, foi encaminhado para exame de ressonância magnética para melhor estudo da neoplasia, que corroborou os achados do ecocardiograma (Figura 2). A biópsia endomiocárdica foi realizada guiada pelo ecocardiograma transtorácico e pela fluoroscopia, realizados simultaneamente na sala de Hemodinâmica. O estudo anatomopatológico e a análise imuno-histoquímica concluíram se tratar de um linfoma de células B invasivo com intensa replicação celular (Figura 3).

Após o esclarecimento detalhado do caso clínico complexo e grave para o próprio paciente e seus familiares, eles se recusaram implementação de qualquer tipo de tratamento e solicitaram alta para seu domicílio, onde permaneceu

Palavras-chave

Neoplasias Cardíacas; Ecocardiografia; Arritmias Cardíacas; Biópsia

Correspondência: Gustavo Carvalho •

CHC UFPR. Dionira M Klemtz, 201, casa 107. CEP: 81320-390. Bairro

Fazendinha, Curitiba, PR – Brasil

E-mail: gustavocarvalho1975@gmail.com

Artigo recebido em 05/05/2025; revisado em 05/05/2025;

aceito em 05/05/2025

Editor responsável pela revisão: Marcelo Tavares

DOI: <https://doi.org/10.36660/abcimg.20250033>

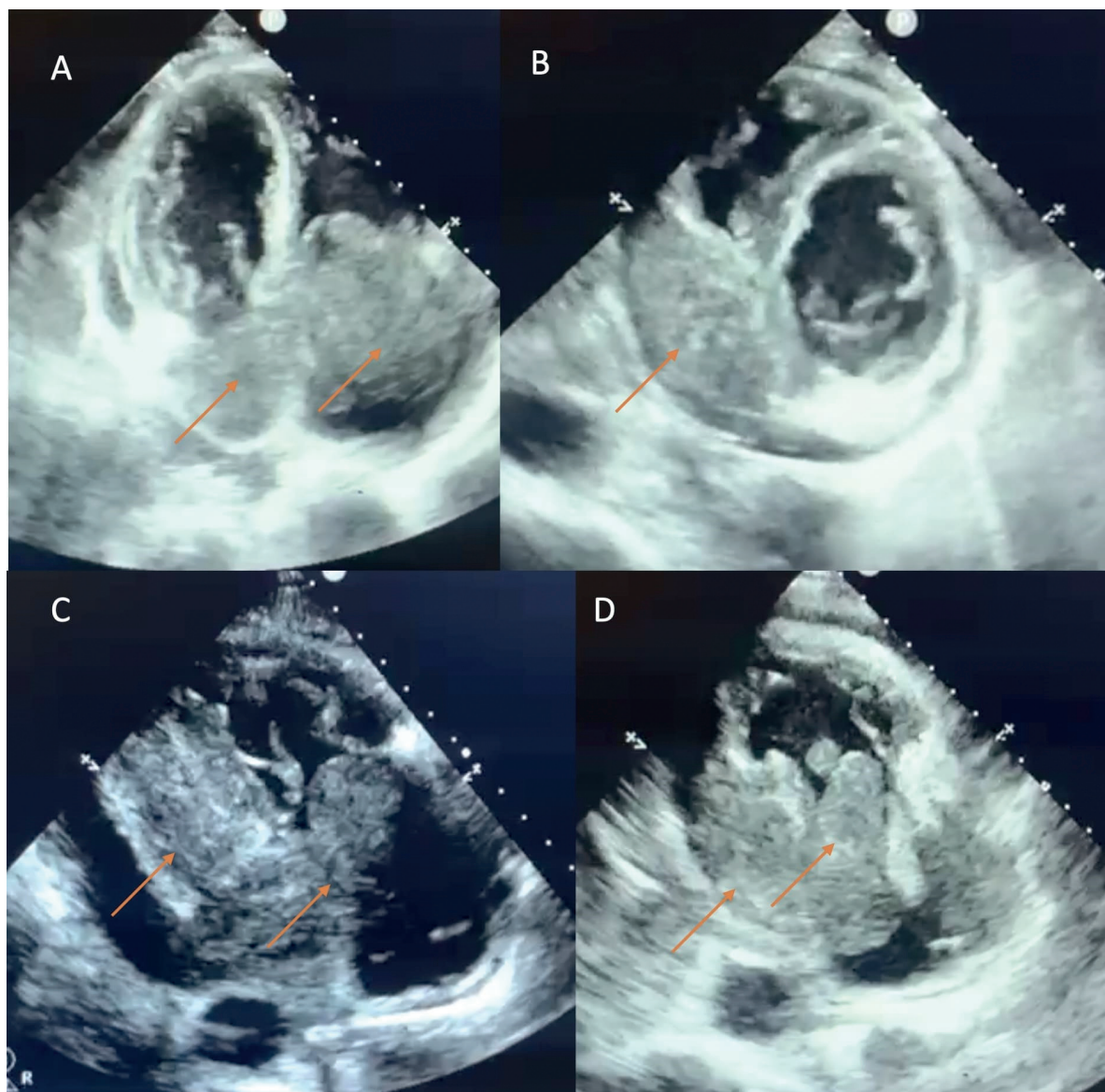


Figura 1 – Ecocardiograma transtorácico demonstrando massa tumoral infiltrada nas válvulas atrioventriculares, no miocárdio ventricular ao nível do septo, paredes anterior e inferior de ambos ventrículos. Além disso, o tumor ocupa cavidades atriais e ventricular direita (setas). Derrame pericárdico.

assintomático por cerca de mais duas semanas, quando apresentou morte súbita.

Discussão

Os TCPs, apesar de serem relatados desde o século XVI, são pouco frequentes na prática clínica, variando de **0,0017% a 0,03%** em estudos de necrópsia.¹⁻³ Podem se manifestar principalmente como lesões benignas, com uma taxa de incidência de 75%, ou como malignas, com 25%.³⁻⁵

Os linfomas cardíacos primários (LCPs), por sua vez, são classificados como uma neoplasia maligna, representando

cerca de 1 a 2% de todos os casos de massas cardíacas primárias.²⁻⁵ Apesar de, em geral, os TCPs acometerem mais mulheres, os linfomas cardíacos primários são mais comuns em homens acima de 60 anos, fato bem representado pelo paciente descrito neste relato.⁴⁻⁶

Os LCPs reproduzem quadros clínicos muitas vezes inespecíficos e multivariados. Os pacientes acometidos podem ser, inicialmente, desde assintomáticos e oligossintomáticos, que com sua evolução, apresentam sinais e sintomas diversos decorrente do acometimento direto e/ou indireto de múltiplos órgãos e sistemas, por mecanismos heterogêneos, simultâneos e diversificados, como os fenômenos vasculares obstrutivos

Relato de Caso

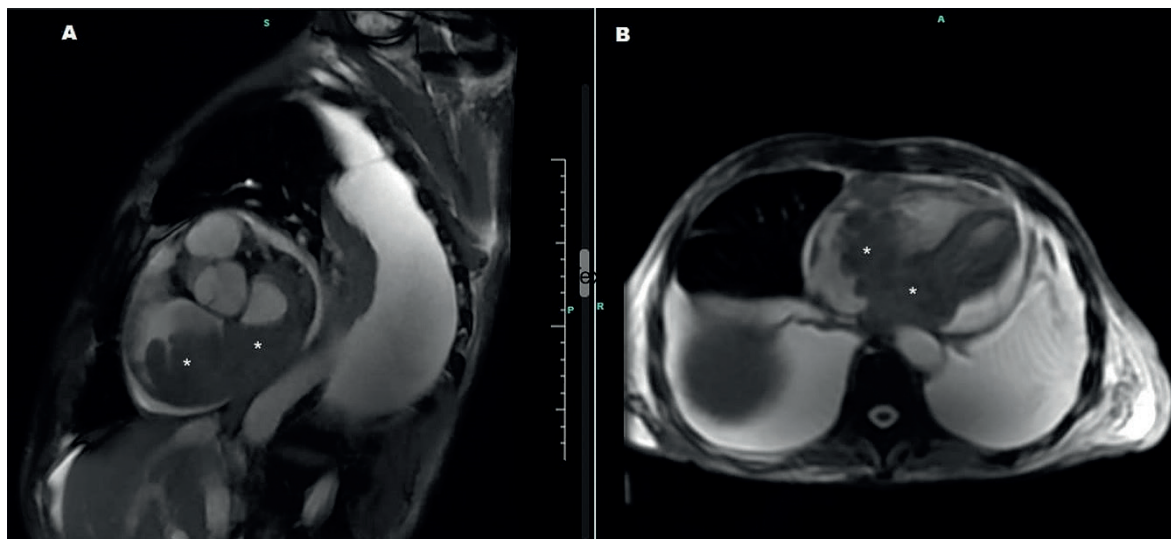


Figura 2 – Ressonância Magnética demonstrando a extensão do envolvimento cardíaco pelo linfoma (*) demonstrados nos eixos sagital (A) e transversal (B), além de derrame pericárdico e pleural bilateral.

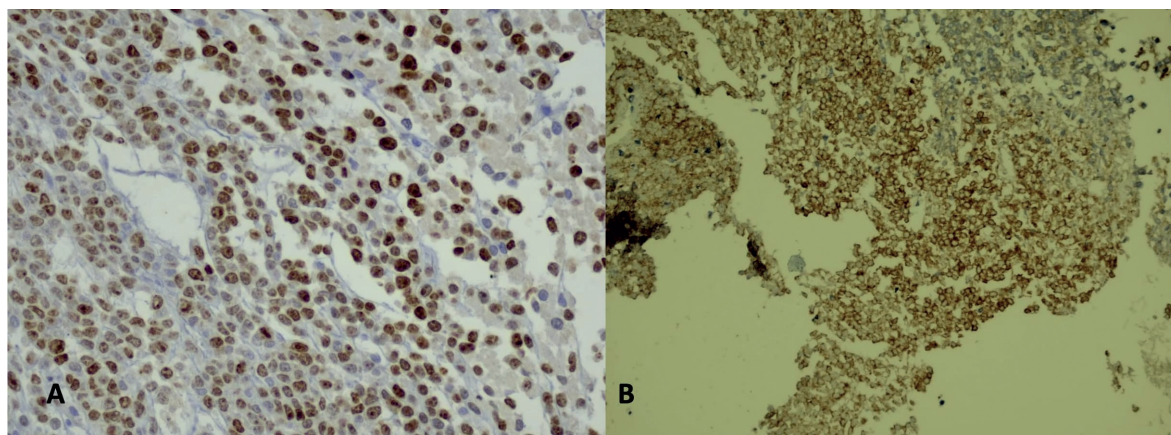


Figura 3 – Achados histopatológicos e de imuno-histoquímica demonstrando o linfoma de células B com intensa proliferação celular no *kie67* (A), e os linfócitos B marcados no *CD20* (B).

recorrentes por trombos e/ou fragmentos tumorais (acidente vascular cerebral, embolias arteriais periféricas e viscerais e trombo embolia pulmonar).⁴⁻⁷

O próprio tumor pode ocasionar uma obstrução fixa ou transitória do fluxo sanguíneo intracardíaco, a depender de suas dimensões e morfologia (intramural ou intracavitário pedunculado), e ainda, comprometendo o débito cardíaco.^{2,4} Uma vez que há o acometimento do sistema de condução elétrico do miocárdio, as arritmias podem se fazer presentes, e inesperadamente fatais, como possivelmente ocorreu no caso aqui apresentado.⁵⁻⁷

Tendo isso em vista, diante de casos de tumores cardíacos, é inegável que com a sintomatologia inespecífica, firmar um diagnóstico a tempo de se aplicar uma terapêutica efetiva é considerado um desafio para a equipe de assistência à saúde, assim como fora demonstrado no caso deste relato.^{6,7} Outrossim, faz-se imprescindível ressaltar a importância dos exames de imagem como o ecocardiograma e a ressonância magnética cardíaca, no papel de detecção dessas massas tumorais que também auxiliam na realização das biópsias endomiocárdica, para que um diagnóstico histopatológico seja concretamente definido.⁸⁻¹²

Conclusão

O linfoma cardíaco primário (LCP) representa uma condição rara, mas de extrema gravidade, cuja apresentação clínica inespecífica e evolução silenciosa tornam seu diagnóstico um grande desafio. Como discutido neste relato, suas múltiplas manifestações podem mascarar a real extensão da doença, resultando em um prognóstico desalentador. O acometimento cardíaco pelo linfoma não apenas compromete a função do órgão, mas também expõe o paciente a um alto risco de eventos letais, como arritmias fatais e obstruções vasculares críticas.

Diante desse cenário, a importância de uma investigação precoce e criteriosa, utilizando exames de imagem, aspectos histopatológicos e imuno-histoquímicos para a definição diagnóstica é fundamental. No entanto, como evidenciado no caso descrito, mesmo com o diagnóstico estabelecido, as opções terapêuticas podem ser limitadas pela rápida progressão da doença e pelas decisões do próprio paciente.

Assim, o impacto devastador do linfoma cardíaco vai além das suas repercussões fisiológicas, estendendo-se à limitação terapêutica e ao desfecho abrupto, ressaltando a necessidade de maior atenção e entendimento médico-científico para futuras abordagens dessa entidade insólita e fatal.

Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa: Carvalho G; obtenção de dados: Carvalho G, Carvalho MFM, Magalhães T, Hayashida MR, Staszko KF; análise e interpretação dos dados: Carvalho G, Carvalho MFM, Varela AM; redação do manuscrito: Carvalho G, Carvalho MFM; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Carvalho G, Carvalho MFM, Magalhães T, Hayashida MR, Staszko KF, Varela AM; revisão das referências:

Carvalho MFM; imagens da ressonância magnética: Magalhães T; análise da anatomia patológica: Hayashida MR; imagens do ecocardiograma: Staszko KF.

Potencial Conflito de Interesse

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Aprovação Ética e Consentimento Informado

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital De Clínicas Da Universidade Federal Do Paraná sob o número de protocolo 90118225.4.0000.0096. Todos os procedimentos envolvidos nesse estudo estão de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, atualizada em 2013. Houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Uso de Inteligência Artificial

Os autores não utilizaram ferramentas de inteligência artificial no desenvolvimento deste trabalho.

Disponibilidade de Dados

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no manuscrito.

Referências

1. Leja MJ, Shah DJ, Reardon MJ. Primary Cardiac Tumors. *Tex Heart Inst J*. 2011;38(3):261-2.
2. Tyebally S, Chen D, Bhattacharyya S, Mughrabi A, Hussain Z, Manisty C, et al. Cardiac Tumors: JACC CardioOncology State-of-the-Art Review. *JACC CardioOncol*. 2020;2(2):293-311. doi: 10.1016/j.jacc.2020.05.009.
3. Cresti A, Chiavarelli M, Glauber M, Tanganelli P, Scalese M, Cesareo F, et al. Incidence Rate of Primary Cardiac Tumors: A 14-Year Population Study. *J Cardiovasc Med*. 2016;17(1):37-43. doi: 10.2459/JCM.0000000000000059.
4. Carras S, Berger F, Chababreysse L, Callet-Bauchut E, Cordier JF, Salles G, et al. Primary Cardiac Lymphoma: Diagnosis, Treatment and Outcome in a Modern Series. *Hematol Oncol*. 2017;35(4):510-9. doi: 10.1002/hon.2301.
5. Sarjeant JM, Butany J, Cusimano RJ. Cancer of the Heart: Epidemiology and Management of Primary Tumors and Metastases. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2003;3(6):407-21. doi: 10.2165/00129784-200303060-00004.
6. Butany J, Nair V, Naseemuddin A, Nair GM, Catton C, Yau T. Cardiac Tumors: Diagnosis and Management. *Lancet Oncol*. 2005;6(4):219-28. doi: 10.1016/S1470-2045(05)70093-0.
7. Bruce CJ. Cardiac Tumours: Diagnosis and Management. *Heart*. 2011;97(2):151-60. doi: 10.1136/hrt.2009.186320.
8. Biersmith MA, Tong MS, Guha A, Simonetti OP, Addison D. Multimodality Cardiac Imaging in the Era of Emerging Cancer Therapies. *J Am Heart Assoc*. 2020;9(2):e013755. doi: 10.1161/JAHA.119.013755.
9. Zaragoza-Macias E, Chen MA, Gill EA. Real Time Three-Dimensional Echocardiography Evaluation of Intracardiac Masses. *Echocardiography*. 2012;29(2):207-19. doi: 10.1111/j.1540-8175.2011.01627.x.
10. Motwani M, Kidambi A, Herzog BA, Uddin A, Greenwood JP, Plein S. MR Imaging of Cardiac Tumors and Masses: A Review of Methods and Clinical Applications. *Radiology*. 2013;268(1):26-43. doi: 10.1148/radiol.13121239.
11. Jeong D, Patel A, Francois CJ, Gage KL, Fradley MG. Cardiac Magnetic Resonance Imaging in Oncology. *Cancer Control*. 2017;24(2):147-60. doi: 10.1177/107327481702400207.
12. Esposito A, De Cobelli F, Ironi G, Marra P, Canu T, Mellone R, et al. CMR in the Assessment of Cardiac Masses: Primary Malignant Tumors. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2014;7(10):1057-61. doi: 10.1016/j.jcmg.2014.08.002.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons