

Mixoma Atrial Gigante em Gestante: Relato de Caso

Giant Atrial Myxoma in a Pregnant Patient: A Case Report

Roberto Ramos Barbosa,¹ Caio Badiani Prando,¹ Victor Macedo Bianchini,¹ Lucas Crespo de Barros,¹ Larissa Novaes Paganini,¹ Gracielly Barros,¹ Darlan Dadalt,¹ Sergio Luis Santos Guedes,¹ Vinicius Eduardo Araújo Costa,¹ Marcus Gustavo Tito,¹ Tiago Bernardo Nery,¹ Marcio Vinicius de Nardi de Angeli,¹ Maria Eduarda Vichi Gomes Viana,¹ Mariana Oliveira Roncato,¹ João Paulo Moulin Auaud,¹ Guilherme Freitas Fernandes de Oliveira,¹ Renato Giestas Serpa,¹ Osmar Araujo Calil,¹ Luiz Fernando Machado Barbosa¹

Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,¹ Vitória, ES – Brasil

Introdução

Entre os tumores primários do coração, o mixoma atrial é o mais prevalente na população.^{1,2} A manifestação clínica dos mixomas costuma ser inespecífica, podendo apresentar dispneia, fadiga, redução da capacidade funcional, edema e, eventualmente, embolizações cerebrais com déficits neurológicos focais.³ Embora sejam neoplasias benignas, tendo como localização mais comum o átrio esquerdo, podem causar obstrução ao fluxo sanguíneo intracardíaco e, quando friáveis, embolizações sistêmicas com consequente isquemia tecidual.^{2,4}

Apesar da maior prevalência em mulheres (65%), seu diagnóstico durante a gestação é considerado incomum, com maiores desafios no tratamento e risco aumentado de óbito fetal.⁵ Relatamos a seguir uma complicação referente a um mixoma atrial em uma gestante, que se manifestou durante o trabalho de parto.

Relato de caso

Paciente de 28 anos, do sexo feminino, primigesta, previamente hígida, fazia acompanhamento em pré-natal de baixo risco no setor de obstetria de um hospital terciário, normotensa em todas as consultas, em uso de polivitamínicos e suplemento de cálcio. Ao final do terceiro trimestre da gestação, passou a relatar aumento progressivo de dispneia e ortopneia, associadas a edema de membros inferiores, sem fatores de melhora.

Com idade gestacional compatível com 37 semanas e 2 dias, deu entrada em maternidade de risco habitual vinculada a hospital terciário alegando piora dos sintomas citados durante o pré-natal. Realizou-se uma avaliação da vitalidade fetal por meio da cardiocotografia que apresentou sinais indicativos de interrupção da gestação, principalmente por bradicardia

Palavras-chave

Mixoma; Insuficiência Cardíaca; Cirurgia Torácica.

Correspondência: Roberto Ramos Barbosa •

Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Rua Dr. João dos Santos Neves, 143. CEP: 29010-430. Vila Rubim, Vitória, ES – Brasil

E-mail: roberto.cardio@gmail.com

Manuscrito recebido em 09/02/2026; revisado em 29/03/2026; aprovado em 29/04/2026.

Editor responsável pela revisão: Maria Otto

DOI: <https://doi.org/10.36660/abcimg.20260010>

fetal. A paciente foi encaminhada ao centro cirúrgico para a realização de cesariana que transcorreu sem intercorrências, exceto por uma tosse persistente durante toda a cirurgia e sangramento aumentado em todos os planos, com necessidade de administração de ácido tranexâmico intraoperatório.

Cinco horas após o procedimento, evoluiu com quadro convulsivo sem etiologia esclarecida, associado a oligúria e dispneia progressiva, necessitando de intubação orotraqueal por rebaixamento do nível de consciência. Apresentou também importante edema periorbitário e em membros inferiores. No mesmo dia, foi encaminhada a hospital de atenção secundária por indisponibilidade de recursos para diagnóstico e manejo adequados na maternidade. Os eletrocardiogramas realizados não mostraram alterações dignas de nota. Ecocardiograma transtorácico identificou a presença de uma grande massa em átrio esquerdo, associada a sobrecarga de cavidades direitas, hipocinesia difusa de ventrículo direito e hipertensão pulmonar, com pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) estimada de 91 mmHg. Em seguida, a paciente foi encaminhada a hospital terciário de referência em cardiologia e cirurgia cardíaca pela suspeita de obstrução mecânica ao fluxo sanguíneo pela valva mitral.

Após extubação bem-sucedida, foi submetida a novo ecocardiograma transtorácico, o qual revelou uma dilatação importante do átrio esquerdo (medida linear de 47 mm, volume indexado de 62,2 mL/m²) com a presença de volumosa massa móvel em seu interior, que se projetava na abertura da valva mitral durante a diástole (Figura 1), associada a aumento de dimensões do ventrículo direito (diâmetro diastólico de 45 mm) e disfunção sistólica moderada, PSAP estimada em 100 mmHg e função sistólica de ventrículo esquerdo limítrofe (fração de ejeção pelo método de Simpson de 57%).

Durante a internação, foi submetida a ressecção cirúrgica da massa móvel identificada na ecocardiografia. Através de esternotomia e utilização de circulação extracorpórea, realizou-se uma atriotomia esquerda com ressecção do septo interatrial e identificação de um mixoma atrial de 10 centímetros (Figura 2) fortemente aderido aos óstios das veias pulmonares direitas, de textura friável, que foi ressecado junto à veia pulmonar direita e parte da parede atrial esquerda. Para ressecção completa, foi necessária também atriotomia direita com atriosseptotomia, devido à ampla aderência do mixoma. Foi necessária reconstrução do septo interatrial e da parede atrial esquerda junto com as veias pulmonares, utilizando patch de pericárdio bovino. O procedimento foi

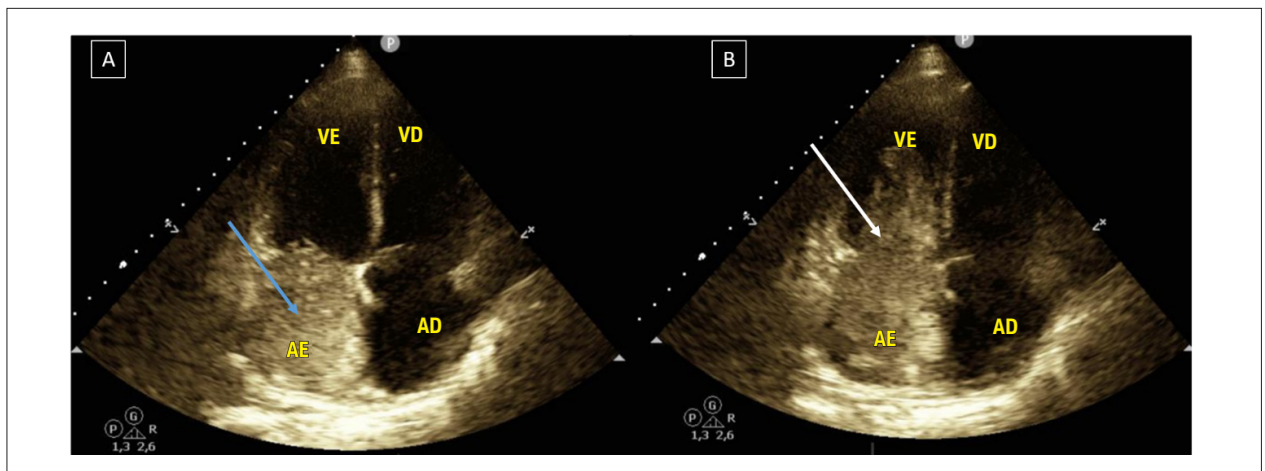


Figura 1 – Ecocardiografia transtorácica em janela apical de 4 câmaras. A) Imagem sugestiva de massa no átrio esquerdo (seta branca); B) Imagem da mesma massa se projetando no orifício da valva mitral durante a diástole e ocupando o ventrículo esquerdo (seta azul). AD: átrio direito; AE: átrio esquerdo; VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.



Figura 2 – Peça cirúrgica do mixoma atrial (seta amarela).

Relato de Caso

finalizado sem intercorrências e a peça cirúrgica enviada para estudo histopatológico, que após análise identificou um mixoma de 10,0 × 8,6 × 3,3 cm e 54 g, sem processos malignos associados.

Após a cirurgia, foi realizado novo ecocardiograma transtorácico de controle antes da alta hospitalar, que evidenciou redução significativa da PSAP para 46 mmHg e preservação das funções sistólica e diastólica de ambos os ventrículos. A paciente recebeu alta da internação no quarto dia de pós-operatório e persistiu assintomática em acompanhamento de rotina no ambulatório da unidade.

Discussão

Apesar de apresentarem um quadro clínico considerado inespecífico, as manifestações sintomáticas dos mixomas atriais esquerdos variam de acordo com sua localização, tamanho e mobilidade.^{6,7} No caso da paciente relatada, o prolapso da massa pelo orifício da valva mitral obstruía a via de entrada do ventrículo esquerdo e o retorno venoso pulmonar, elevando as pressões de enchimento e desencadeando sintomas de tosse e dispneia, seguidos de edema pulmonar agudo. Provavelmente, um quadro oligossintomático foi confundido com a própria evolução da gestação, com exacerbação dos sintomas no final da gestação e a agudização mais severa que se manifestou no intraoperatório e pós-operatório imediato.

O tratamento majoritariamente considerado para os mixomas atriais com repercussão clínica é a ressecção cirúrgica completa, que apresenta excelente desfecho clínico e baixa incidência de recorrência do tumor, especialmente quando acompanhada de monitoramento ecocardiográfico periódico.^{3,8,9} Técnicas operatórias diversas para a ressecção do mixoma atrial esquerdo, além da esternotomia mediana, já foram descritas e são consideradas em diferentes serviços, como a cirurgia videoassistida minimamente invasiva via minitoracotomia e a minitoracotomia anterolateral direita.⁸ Porém, além de serem indicadas em situações individualizadas, requerem maior nível de especialização e disponibilidade de recursos específicos.

A fim de garantir uma abordagem cirúrgica completa e melhores resultados, recomenda-se a realização intraoperatória de ecocardiograma transesofágico, visto que os principais objetivos da cirurgia também incluem a prevenção da recorrência do tumor. São fatores de risco associados à recorrência: ressecção incompleta, implantação intracardiaca, embolização e o deslocamento intraoperatório do material tumoral. Por este motivo, uma visão clara e enriquecida do campo deve ser considerada, além de ecocardiografia intraoperatória para confirmar a inexistência de resíduos tumorais.⁸

Cabe ressaltar que a gestação é uma condição em que ocorrem diversas modificações no organismo materno a fim de suprir o feto e providenciar seu melhor desenvolvimento, como aumento do débito cardíaco, aumento da volemia e redução da resistência vascular periférica.¹⁰ Logo, vale questionar se as adaptações citadas, em especial a hipervolemia materna, podem ter contribuído para a expressão sintomatológica da nossa paciente. As alterações

hemodinâmicas do final da gravidez se somaram às do trauma cirúrgico, culminando no quadro grave de edema agudo de pulmão, que exigiu intubação orotraqueal e iniciou a investigação urgente da alteração cardiovascular.

Relatamos um caso raro de mixoma atrial gigante em gestante, que se manifestou com sintomas típicos de congestão cardíaca e agravamento agudo após parto cesáreo, com elevado risco de óbito. Destaca-se a importância do raciocínio clínico e da suspeição de possíveis diagnósticos diferenciais, especialmente pelo fato de que, epidemiologicamente, a presença de mixoma é rara em gestantes, o que pode dificultar o diagnóstico e atrasar o tratamento adequado.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Barbosa RR, Prando CB, de Barros LC. Obtenção de dados: Prando CB, Bianchini VM, Paganini LN, de Barros G, Dadalt D, Guedes SLS, Costa VEA, Tito MG, Nery TB, de Angeli MVN, Viana MEVG, Roncato MO, Auad JPM, Serpa RG, Calil AO; análise e interpretação dos dados: Barbosa RR, de Barros LC, Paganini LN, de Barros G, Dadalt D, Auad JPM, Barbosa LFM; redação do manuscrito: Barbosa RR, Prando CB, Bianchini VM; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Barbosa RR, de Barros LC, Barbosa LFM.

Potencial conflito de interesse

Declaro não haver conflitos de interesse 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 da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, sob o número de protocolo CAAE 93811125.0.0000.5065, parecer 8.000.875. Todos os procedimentos envolvidos nesse estudo estão de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, atualizada em 2013.

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. Li Y, Yang W, Liao S, Zuo H, Liu M. Cardiac Myxomas as Great Imitators: A Rare Case Series and Review of the Literature. *Heart Lung*. 2022;52:182-9. doi: 10.1016/j.hrtlng.2022.01.010.
2. Silva RRP, Magalhães CJ, Silva RSVD, Rocha GAF, Cavalcanti PEF, Montenegro ST. Acute ST-Elevation Myocardial Infarction in a Young Adult: Rare Presentation of Giant Atrial Myxoma. *Arq Bras Cardiol*. 2024 Apr 22;121(3):e20230538. doi: 10.36660/abc.20230538.
3. Ramcharan P, Katwaroo A, Maharaj M, Seecheran V, Lalchansingh D, Seecheran R, et al. Giant Right Atrial Myxoma Presenting with Right Heart Failure. *J Investig Med High Impact Case Rep*. 2025;13:23247096251329706. doi: 10.1177/23247096251329706.
4. Marta L, Peres M, Alves M, Silva GF. Giant Left Atrial Myxoma Presenting as Acute Myocardial Infarction. *Rev Port Cardiol*. 2012;31(12):815-9. doi: 10.1016/j.repc.2012.04.013.
5. John AS, Connolly HM, Schaff HV, Klarich K. Management of Cardiac Myxoma during Pregnancy: A Case Series and Review of the Literature. *Int J Cardiol*. 2012;155(2):177-80. doi: 10.1016/j.ijcard.2011.05.069.
6. Xue XS, Liang JY, Bao SJ, Ma HF, Zhan B, Liu Y. Cardiac Myxoma: A Report of Two Cases and Review of the Literature. *Radiol Case Rep*. 2025;21(1):407-13. doi: 10.1016/j.radcr.2025.09.085.
7. Okongwu CC, Olaofe OO. Cardiac Myxoma: A Comprehensive Review. *J Cardiothorac Surg*. 2025;20(1):151. doi: 10.1186/s13019-024-03333-2.
8. Kavakli AS, Ozturk NK. Determination of Residual Mass in Left Ventricle by Intraoperative Transesophageal Echocardiography after a Giant and Floating Left Atrial Myxoma Resection. *Braz J Anesthesiol*. 2018;68(5):524-7. doi: 10.1016/j.bjan.2017.10.001.
9. Hernandez N, DiLeo M, Wong CK, Alam M. Sequelae and Surgical Management of Giant Cardiac Myxoma. *Tex Heart Inst J*. 2025;52(1):e248413. doi: 10.14503/THIJ-24-8413.
10. Avila WS, Alexandre ERG, Castro ML, Lucena AJG, Marques-Santos C, Freire CMV, et al. Brazilian Cardiology Society Statement for Management of Pregnancy and Family Planning in Women with Heart Disease - 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2020;114(5):849-942. doi: 10.36660/abc.20200406.

