

## Mixoma Atrial em Paciente Adulto Jovem do Sexo Masculino: Relato de Caso e Revisão de Literatura

### *Atrial Myxoma in Male Young Adult Patient: A Case Report and Literature Review*

Monize Aparecida Gonçalves do Nascimento,<sup>1</sup> Eliseu Henrique Bispo Pereira,<sup>1</sup> Giovanna Karine Leal Magalhães,<sup>1</sup> Laura Souza Mariano,<sup>1</sup> Luana Mireli Carbonera Rodrigues,<sup>1</sup> Leonardo Alves Batista,<sup>1</sup> Rogério de Paula Garcia Caravante,<sup>1</sup> Ayná Emanuelli Alves Barreto<sup>1</sup>

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium,<sup>1</sup> Aracatuba, São Paulo, SP – Brasil

### Introdução

Tumores cardíacos são encontrados em 0,001 a 0,3% das autópsias, sendo o mixoma a neoplasia cardíaca mais comum. Aproximadamente 70% surgem no átrio esquerdo próximo ao forame oval e são pedunculados. Seu pedúnculo pode ser curto, limitando sua movimentação, ou pode ser longo, permitindo que o tumor entre e saia do átrio durante o ciclo cardíaco.<sup>1,2</sup>

O quadro clínico depende de tamanho, mobilidade e localização. A sintomatologia clássica é relacionada à tríade de Goodwin, que inclui sintomas sistêmicos inespecíficos, embolismo e obstrução intracardíaca. Dentre os sintomas sistêmicos estão dispneia, ortopneia, dispneia paroxística noturna, edema pulmonar, tosse, hemoptise, edema e fadiga, decorrentes principalmente do caráter obstrutivo da neoplasia.<sup>1,3</sup>

Apesar de benignos, estão associados a complicações potencialmente fatais, como embolismo sistêmico e cerebral. Os fatores de risco para progressão do quadro incluem apresentação polipoide, superfície irregular do tumor, fibrilação e aumento do diâmetro atrial. Os tumores polipoides podem, ainda, se projetar para dentro do ventrículo através da valva mitral ou tricúspide, que resulta na destruição do anel ou dos folhetos da valva, levando a um prognóstico mais reservado.<sup>2</sup>

A ampla gama de diagnósticos diferenciais, o potencial de complicações e a necessidade do diagnóstico precoce para planejamento do manejo cirúrgico, visando melhor prognóstico, tornam o mixoma atrial um desafio na prática clínica.<sup>4,5</sup>

### Relato de caso

Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino, 37 anos de idade, sem antecedentes pessoais relevantes, que foi atendido na Santa Casa de Misericórdia da cidade de Aracatuba.

### Palavras-chave

Mixoma Atrial; Átrios do Coração; Procedimentos Cirúrgicos Cardiovasculares.

**Correspondência:** Eliseu Henrique Bispo Pereira •

Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. Rodovia Teontonio Vilela, 3821. CEP: 16016-500. Aracatuba, SP – Brasil

E-mail: eliseuhbispopereira@gmail.com

Artigo recebido em 01/07/2024; revisado em 15/08/2024; aceito em 30/09/2024

Editor responsável pela revisão: Marcelo Tavares

**DOI:** <https://doi.org/10.36660/abcimg.20240064>

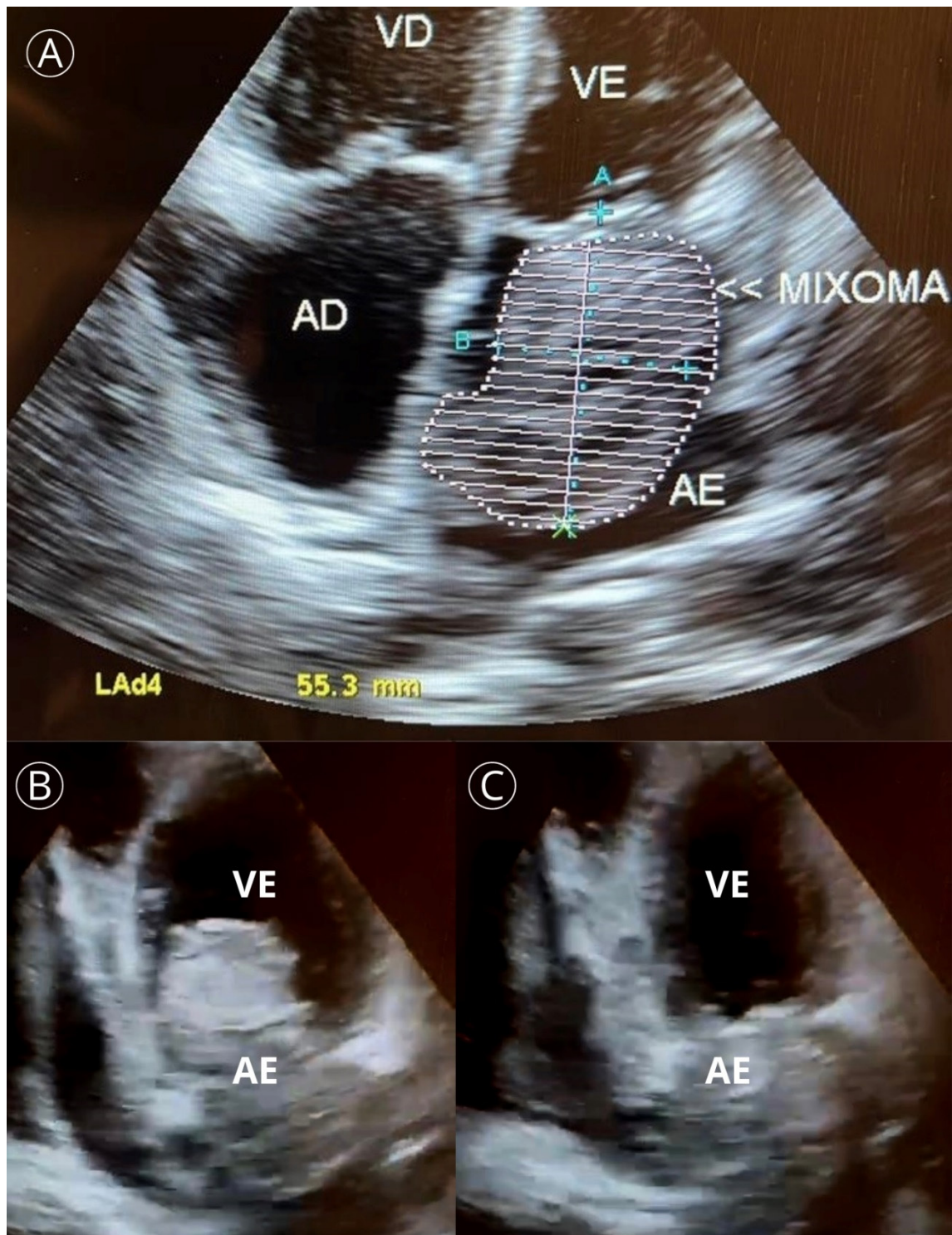
O paciente foi internado com quadro de dispneia aos mínimos esforços, dor torácica (régua de dor 5), edema de membros inferiores e tosse seca. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, boa perfusão, pulsos cheios e afebril. Aparelho cardíaco apresentava bulhas normofonéticas em dois tempos sem sopros, com desdobramento de primeira bulha (B1). Aparelho pulmonar e abdome sem alterações. Edema de membros inferiores presente (+/+ + + +).

O eletrocardiograma evidenciou sobrecarga de câmaras esquerdas. Posteriormente, a ecocardiografia realizada demonstrou uma massa em átrio esquerdo pedunculada aderida ao septo interatrial no segmento do forame oval (Figura 1-A), com protusão para o ventrículo esquerdo (Figura 1-B) durante a diástole ventricular, retornando ao átrio esquerdo na sístole (Figura 1-C), medindo, aproximadamente, 61 mm x 36 mm, com repercussão hemodinâmica por obstrução da via de entrada do ventrículo esquerdo. Posteriormente, a manometria realizada evidenciou uma elevação das pressões em artéria pulmonar e câmaras direitas. A arteriografia pulmonar realizada indicou grande falha de enchimento no átrio esquerdo, com protusão para o ventrículo esquerdo e esvaziamento normal na diástole.

De acordo com o quadro clínico e exames complementares, foi levantada a hipótese de mixoma atrial, e o paciente foi submetido à cirurgia cardíaca para a ressecção do tumor.

Durante a cirurgia de ressecção do tumor, a análise macroscópica encontrou uma massa pedunculada, exibindo superfície externa lobulada, branco-acastanhada, aspecto gelatinoso, com cerca de 8 cm de diâmetro, que ocupou quase totalmente o volume atrial esquerdo (Figura 2). A análise histológica confirmou o diagnóstico.

No seguimento pós-operatório imediato, o paciente se encontrava estável e em bom estado geral. No 11º dia de pós-operatório, o paciente evoluiu com presença de secreção purulenta na incisão esternal, iniciando-se antibioticoterapia. No 20º dia de pós-operatório, o paciente evoluiu com secreção em orofaringe, associado a tosse, edema de membros inferiores, mãos e abdome, além de secreção serosa na incisão esternal. A tomografia computadorizada de tórax evidenciou consolidação em lobo inferior esquerdo e a ecocardiografia apresentou aumento das câmaras direitas. Iniciou-se, portanto, diuréticoterapia, corticoterapia e novo ciclo de antibioticoterapia, com posterior resolução do quadro e seguimento ambulatorial.



**Figura 1** – Painel A – Ecocardiograma com corte apical transtorácico de quatro câmaras mostrando massa atrial esquerda. Painel B – Ecocardiograma com corte apical transtorácico de quatro câmaras evidenciando a protusão da massa atrial esquerda para o ventrículo esquerdo durante a diástole ventricular. Painel C – Ecocardiograma com corte apical transtorácico de quatro câmaras evidenciando o retorno da massa ao átrio esquerdo durante a sístole ventricular. AD: átrio direito; AE: átrio esquerdo; VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.

## Relato de Caso



**Figura 2** – Vista macroscópica do mixoma do átrio esquerdo.

### Discussão

Considerados os tumores cardíacos mais comuns, os mixomas ainda oferecem entraves ao seu diagnóstico e seguimento terapêutico. Estudos evidenciaram dificuldades inerentes ao manejo da patologia, principalmente devido a sua semelhança clínica a processos tromboembólicos, dificultando a eventual caracterização e conduta definitiva do caso.<sup>6</sup>

No caso relatado, o paciente era portador de um mixoma atrial no átrio esquerdo. De acordo com a literatura, estima-se que a maioria dos mixomas surjam no átrio esquerdo. Eles ocorrem predominante em mulheres, principalmente entre a quarta e sexta décadas de vida, o que diverge do perfil do paciente em questão.<sup>7</sup> Sendo assim, justificam-se

as dificuldades diagnósticas inerentes aos pacientes que não se enquadram no contexto epidemiológico da doença.

O sintoma mais comum é a dispneia, devido à mimetização de um quadro obstrutivo seguido de hipertensão pulmonar secundária, tal como fora apresentado pelo paciente do caso. Geralmente é acompanhado de sintomas constitucionais, como febre e mialgia, devido ao background molecular da doença, mediada principalmente pela interleucina-6 (IL-6), principal responsável pela proliferação das células do mixoma e mediadores inflamatórios agudos. Os estudos corroboram os sintomas primários do caso, justificando-os pela participação majoritária da IL-6 em mixomas cardíacos. Trabalhos recentes sugerem o uso de IL-6 como marcador tumoral no diagnóstico e acompanhamento dos mixomas, visto que seus índices se relacionam a recorrências e possível agressividade.<sup>6</sup> Em nosso

estudo, não foi possível determinar a dosagem da IL-6, mas é provável que, futuramente, ela venha a ser um importante marcador tumoral.

O mixoma atribuído ao paciente apresentava aspecto gelatinoso, o que lhe agregava alto potencial de alcançar artérias nobres, como artérias cerebrais e coronárias. Os estudos demonstram que a maioria dos mixomas geralmente têm aspecto polipóide sólido, garantindo menores chances de sofrerem fragmentação e embolização.<sup>8</sup> Apenas um terço dos mixomas trazem este aspecto gelatinoso.

O eletrocardiograma realizado demonstrou ritmo sinusal e sobrecarga de câmaras esquerdas. Nos estudos comparativos, os mixomas cursam com ritmos irregulares. Porém, o eletrocardiograma deve ser precedido de um ecocardiograma, o qual possui acurácia de 90 a 96% no diagnóstico de mixoma.<sup>9</sup> Recomenda-se realizar tomografia em pacientes abaixo dos 40 anos e naqueles com risco cardiovascular, tal como fora conduzido.

O ecocardiograma mostrou uma massa em átrio esquerdo pedunculada aderida ao septo interatrial no segmento do forame oval com protusão para o ventrículo esquerdo durante a diástole ventricular, retornando ao átrio esquerdo na sístole. A literatura corrobora tais achados, evidenciando que a grande maioria segue este padrão de prolapso ventricular via valva mitral.<sup>10</sup> Este comportamento tumoral pode mimetizar sintomas de congestão, como fora apresentado pelo paciente.

## Conclusão

Os mixomas atriais são potenciais causadores de complicações fatais principalmente em diagnósticos tardios. O rol de diagnósticos diferenciais oblitera sua hipótese devido a sua infrequência, porém, faz-se necessário difundir sua presença clinicamente e a importância do manejo adequado mediante hipótese compatível. Outros estudos são necessários

para promover ferramentas que facilitem o diagnóstico precoce e evitar eventuais complicações atribuíveis aos mixomas.

## Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa: Nascimento MAG, Magalhães GKL, Rodrigues LMC, Barreto AEA, Caravante RPG, Batista LA; obtenção de dados: Pereira EHB; análise e interpretação dos dados: Pereira EHB, Mariano LS, Rodrigues LMC; redação do manuscrito: Magalhães GKL, Mariano LS, Barreto AEA, Batista LA; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Nascimento MAG, Caravante RPG, Batista LA.

## 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 Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium sob o número de protocolo 69700423.7.0000.5379. Todos os procedimentos envolvidos nesse estudo estão de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, atualizada em 2013. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes incluídos no estudo.

## Referências

1. Cohen R, Singh G, Mena D, Garcia CA, Loarte P, Mirrer B. Atrial Myxoma: A Case Presentation and Review. *Cardiol Res.* 2012;3(1):41-4. doi: 10.4021/cr145w.
2. Sharma KG. Atrial Myxoma: Background, Pathophysiology, Etiology. [Internet]. Newark: Medscape; 2022 [cited 2023 Oct 13]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/151362-overview?form=social#showall>
3. Lenihan DJ, Reardon MJ, Hundley WG. Tumors Affecting the Cardiovascular System. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF, Bhatt DL, Solomon SD, editors. *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Philadelphia: Elsevier; 2021. p. 1829-40.
4. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical Presentation of Left Atrial Cardiac Myxoma. A Series of 112 Consecutive Cases. *Medicine*. 2001;80(3):159-72. doi: 10.1097/00005792-200105000-00002.
5. Burke A, Virmani R. *Tumors of the Heart and Great Vessels*. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1996.
6. Saad EA, Mukherjee T, Gandour G, Fatayerji N, Rammal A, Samuel P, et al. Cardiac Myxomas: Causes, Presentations, Diagnosis, and Management. *Ir J Med Sci.* 2024;193(2):677-88. doi: 10.1007/s11845-023-03531-2.
7. Nguyen T, Vaidya Y. *Atrial Myxoma*. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2024.
8. Islam AKMM. Cardiac Myxomas: A Narrative Review. *World J Cardiol.* 2022;14(4):206-19. doi: 10.4330/wjc.v14.i4.206.
9. Samanidis G, Khoury M, Balanika M, Perrea DN. Current Challenges in the Diagnosis and Treatment of Cardiac Myxoma. *Kardiol Pol.* 2020;78(4):269-77. doi: 10.33963/KP.15254.
10. Goswami KC, Shrivastava S, Bahl VK, Saxena A, Manchanda SC, Wasir HS. Cardiac Myxomas: Clinical and Echocardiographic Profile. *Int J Cardiol.* 1998;63(3):251-9. doi: 10.1016/s0167-5273(97)00316-1.



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