

Mixoma Atrial Como Causa Rara de Acidente Vascular Cerebral: Relato de Caso

Atrial Myxoma as a Rare Cause of Stroke: Case Report

Maurício Ângelo de Almeida Junior,¹ Ana Flavia Parreira de Moraes,¹ Jamil Alli Murad Junior¹

FAMERP,¹ São José do Rio Preto, SP – Brasil

Introdução

O mixoma atrial (MA) é o tumor benigno primário que mais comumente afeta o coração. Tem prevalência rara, estimada em 0,03% na população geral, devendo levar a intervenção cirúrgica assim que diagnosticado por apresentar risco aumentado de complicações cardíacas, como obstruções intracardíacas ou embolizações sistêmicas.¹

Mixomas cardíacos são observados no átrio esquerdo em >75% dos casos, predominantemente fixados com um pedúnculo à fossa oval (>90%). No entanto, podem ser vistos em outros locais (ventrículo esquerdo, átrio direito e muito raramente o ventrículo direito).²

Aproximadamente 7% de todos os mixomas do coração estão associados ao complexo de Carney, uma doença autossômica dominante caracterizada pela presença de lesões cardíacas e cutâneas, mixomas, hiperpigmentação da pele e nódulos pigmentados primários, com doença adrenocortical levando à síndrome de Cushing.²

Em até um terço dos casos de mixomas, há evidência de **embolia sistêmica**, inclusive para o cérebro, que pode ser silenciosa ou causar sintomas neurológicos. Os déficits neurológicos podem muitas vezes ser o primeiro **sinal** de apresentação de um mixoma cardíaco.³

Depois da remoção cirúrgica, os mixomas podem recorrer, sendo necessária a ampla excisão do tumor com tecido cardíaco adjacente para prevenir a recorrência. A cirurgia é geralmente indicada quando o diagnóstico de mixoma cardíaco é feito e independentemente de a embolia sistêmica já ter ocorrido ou não.⁴

O relato de caso relatado demonstra um caso de MA em paciente idoso, tendo o acidente vascular cerebral como seu primeiro sintoma, tendo sido diagnosticado com ecocardiograma transtorácico (ETT) e ecocardiograma transesofágico (ETE), e com desfecho clínico favorável após remoção cirúrgica de tumor benigno.

Palavras-chave

Mixoma; Neoplasias Cardíacas; Acidente Vascular Cerebral.

Correspondência: Maurício Ângelo de Almeida Junior •

FAMERP, Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5544. CEP: 15090-000. São José do Rio Preto, SP – Brasil

E-mail: mauricio_bh@hotmail.com

Artigo recebido em 15/10/2024; revisado em 29/10/2024; aceito em 31/10/2024

Editor responsável pela revisão: Marcelo Tavares

DOI: <https://doi.org/10.36660/abcimg.20240099>

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 72 anos, com histórico prévio de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, dá entrada em emergência há 3 meses com quadro de vertigem, hemiparesia à esquerda, desvio de rima, desorientação espacial e ataxia, sendo encaminhado para avaliação neurológica com hipótese diagnóstica de acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi), confirmado com ressonância magnética de crânio, de provável origem cardioembólica. **Os achados no exame de imagem referido que descrevem tal hipótese de origem cardioembólica foram descritos como pequena lesão hiperintensa na ponderação T2 e com restrição no estudo de difusão no tálamo direito, sugerindo lesão vascular isquêmica aguda e pequenas lesões com as mesmas características na região dorsal do mesencéfalo e no pedúnculo cerebral direito.**

Na investigação de quadro neurológico, evidenciou-se eletrocardiograma em ritmo sinusal e alteração de repolarização ventricular inespecífica e, em ETT (Figura 1), evidenciou-se, imagem ecogênica móvel de 1.4 x 1.6 cm próximo a abertura da valva mitral em região de folheto anterior e septo interatrial. Prosseguindo a investigação com ETE (Figura 2 e 3), confirmou-se imagem ecogênica aderida à porção septal do anel mitral, septo interatrial e folheto anterior da valva mitral medindo 22x13mm, com realce de contraste em interior de lesão compatível com vascularização, sugerindo MA.

O paciente foi encaminhado ambulatorialmente à cirurgia cardiovascular, sendo indicada a ressecção de tumor. Durante o pré-operatório, foi evidenciada lesão multiarterial em cateterismo cardíaco e, portanto, indicado procedimento combinado de ressecção de tumor intracardíaco e cirurgia de revascularização miocárdica, que foi realizada sem intercorrências. Foi enviado material para exame anatomopatológico, com confirmação de MA.

Após a realização de abordagem cirúrgica, o paciente evoluiu com melhora clínica, sem novos eventos cardioembólicos. Quando recebeu alta, estava assintomático, sendo encaminhado para seguimento ambulatorial com cardiologia clínica.

Discussão

O MA é responsável por menos de 0,5% dos casos de AVEi.⁵ Estudos recentes referem que de 9 a 22% dos pacientes com MA sofrem AVC por cardioembolismo. Sua incidência é maior no sexo feminino, na razão 2:1,

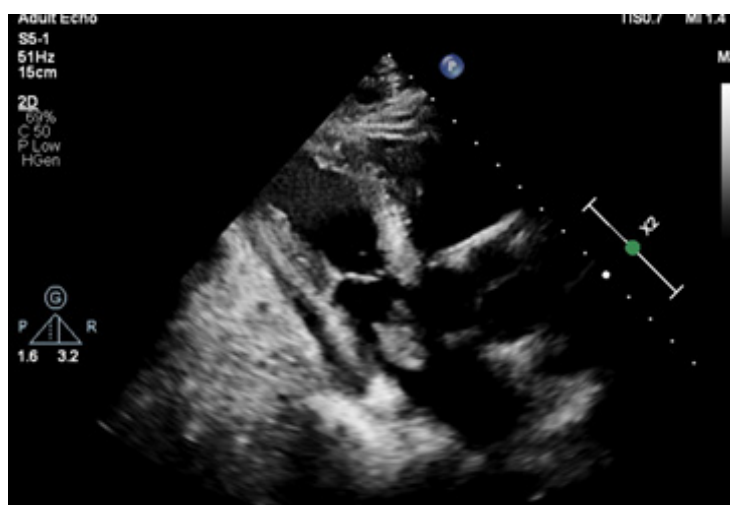


Figura 1 – ETT paraesternal longitudinal esquerdo demonstrando mixoma interatrial esquerdo.

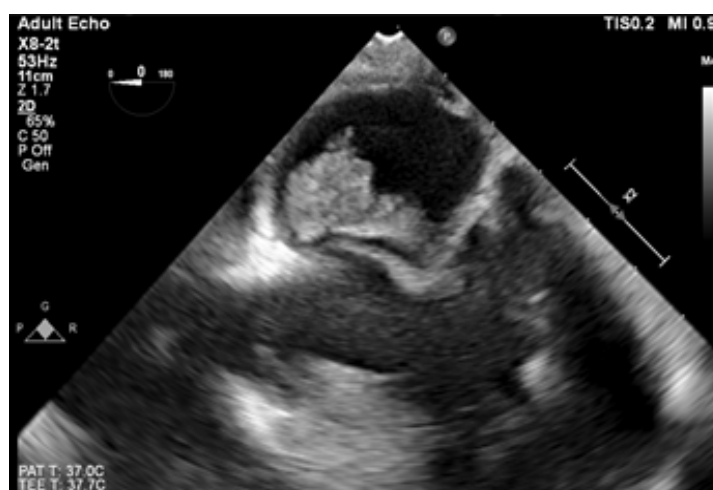


Figura 2 – ETE em esôfago médio a 0 graus. (visibilizado mixoma interatrial esquerdo – com maiores diâmetros de 2,5 cm x 1,5 cm).

e, normalmente, ele surge entre a terceira e a sexta décadas de vida.⁶

O MA é cada vez mais diagnosticado em idosos e seu predomínio no sexo feminino desaparece após os 65 anos. Sua localização mais frequente é no átrio esquerdo (75 a 80%), inserido no septo interatrial em torno da fossa oval.⁷

A principal etiologia do MA é desconhecida, com cerca de 10% dos casos apresentando componente genético autossômico dominante. A tríade clínica clássica do MA inclui sintomas obstrutivos, como **obstrução valvar** e insuficiência ventricular, manifestações embólicas em qualquer território arterial, sendo o cerebral o mais frequentemente envolvido, e sintomas constitucionais, como febre, astenia, mialgias, artralgias e perda de peso. Cerca de 20% dos casos são assintomáticos, sendo o diagnóstico

realizado de forma incidental em exames de imagem. Os sintomas cardíacos obstrutivos (40 a 60%) e constitucionais (30 a 90%) são os mais frequentes na apresentação clínica, e as manifestações embólicas podem ocorrer em 30 a 40% dos pacientes.⁶

Os doentes com MA que apresentam complicações neurológicas são habitualmente jovens, e o **AVEi** ou o acidente isquêmico transitório são as manifestações neurológicas mais comuns (82%), ocorrendo por embolização de fragmentos do tumor, formação de trombos ou ambos.⁸

Habitualmente, os MA são solitários, com tamanho variando entre 0,4 e 6,5 cm. Morfologicamente, dividem-se em dois tipos: tipo 1, com superfície irregular ou vilosa e pedículo longo, que estão associados a maior risco de embolização, e tipo 2, com superfície lisa e consistência mole.⁷

Relato de Caso

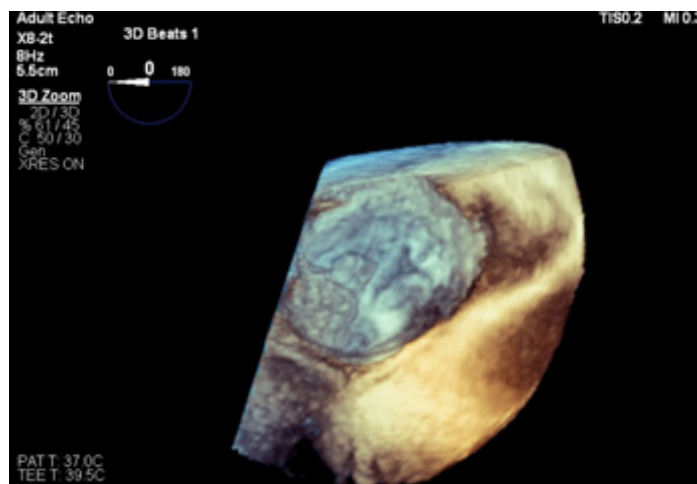


Figura 3 – ETE tridimensional (3D zoom do átrio esquerdo com visualização de mixoma aderido a membrana na fossa oval).

O ETT é o exame inicial para detecção de massas cardíacas, com sensibilidade de 90% e especificidade de 95%. O ETE permite uma visualização mais detalhada das estruturas anatômicas, sendo útil na determinação do tamanho, localização, aderência, relação com estruturas adjacentes e mobilidade do tumor.⁹

Os diagnósticos diferenciais do MA incluem as vegetações, trombos intracardíacos ou artefatos.¹⁰

A ressecção cirúrgica é considerada curativa e está indicada sempre que o MA for diagnosticado, independentemente de embolização prévia. Deve ser realizada o mais precocemente possível, pelos riscos de recorrência do embolismo ou obstrução valvar. O prognóstico pós-operatório é variável e depende da idade do doente, comorbidades, situação clínica pré-operatória e eventual necessidade de efetuar outros procedimentos cirúrgicos associados à ressecção do MA.⁷

A maioria das recorrências de MA ocorre nos primeiros 4 anos após a ressecção tumoral, apesar de seu risco ser baixo. Por esse motivo, deve-se realizar seguimento regular com ecocardiografia.⁷

Conclusão

O MA é uma causa rara de AVEi, que, embora apresente uma baixa prevalência populacional, tem importante relevância clínica para a realização de intervenção cirúrgica

precoce, a fim de reduzir a morbimortalidade causada por embolizações sistêmicas pelo tumor.

Contribuição dos Autores

Concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito: Almeida Junior MA, Moraes AFP; revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Murad Junior JA.

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 artigo não contém estudos com humanos ou animais realizados por nenhum dos autores.

Referências

1. Gupta A, Darbari A, Mishra A. Excision of a Left Atrial Myxoma with Mitral and Tricuspid Valve Repair. Multimed Man Cardiothorac Surg. 2020;2020. doi: 10.1510/mmcts.2020.080.
2. Saric M, Armour AC, Arnaout MS, Chaudhry FA, Grimm RA, Kronzon I, et al. Guidelines for the Use of Echocardiography in the Evaluation of a Cardiac Source of Embolism. J Am Soc Echocardiogr. 2016;29(1):1-42. doi: 10.1016/j.echo.2015.09.011.
3. Pucci A, Gagliardotto P, Zanini C, Pansini S, di Summa M, Mollo F. Histopathologic and Clinical Characterization of Cardiac Myxoma: Review of 53 Cases from a Single Institution. Am Heart J. 2000;140(1):134-8. doi: 10.1067/mhj.2000.107176.
4. Shapiro LM. Cardiac Tumours: Diagnosis and Management. Heart. 2001;85(2):218-22. doi: 10.1136/heart.85.2.218.

5. Eira C, Mota A, Silvério R, Monteiro R, Monteiro A. Atrial Myxoma: A Rare Cause of Ischemic Stroke. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2018;16(1):48-51.
6. Iyer P, Aung MM, Awan MU, Kososky C, Barn K. A Case of Large Atrial Myxoma Presenting as an Acute Stroke. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2016;6(1):29604. doi: 10.3402/jchimp.v6.29604.
7. Bordalo AD, Alves I, Nobre AL, Silva F, Lemos A, Serpa C, et al. New Clinical Aspects of Cardiac Myxomas: A Clinical and Pathological Reappraisal. *Rev Port Cardiol*. 2012;31(9):567-75. doi: 10.1016/j.repc.2012.05.008.
8. Baek SH, Park S, Lee NJ, Kang Y, Cho KH. Effective Mechanical Thrombectomy in a Patient with Hyperacute Ischemic Stroke Associated with Cardiac Myxoma. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014;23(9):e417-9. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2014.05.006.
9. Kebede S, Edmunds E, Raybould A. A Large Left Atrial Myxoma Causing Multiple Cerebral Infarcts. *BMJ Case Rep*. 2013;2013:bcr2013010007. doi: 10.1136/bcr-2013-010007.
10. Ha JW, Kang WC, Chung N, Chang BC, Rim SJ, Kwon JW, et al. Echocardiographic and Morphologic Characteristics of Left Atrial Myxoma and their Relation to Systemic Embolism. *Am J Cardiol*. 1999;83(11):1579-82, A8. doi: 10.1016/s0002-9149(99)00156-3.



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