

Mixoma em Ventrículo Direito

Right Ventricular Myxoma

Cristina Schneider,¹ Maria Natividade Santos Costa Lopes,¹ Simone Ferreira Leite,¹ Camila Costa Oliveira,¹ Nestor Sabatovicz Jr,² Maria Cristina Resende²

Hospital Anchieta;¹ Hospital Santa Lúcia,² Distrito Federal – Brasil

Introdução

Os tumores primários do coração e pericárdio são pouco frequentes, apresentando em séries de necropsias incidência que varia de 0,001% a 0,2%, com características histológicas benignas em 75% dos casos.^{1,2}

Os mixomas cardíacos respondem por cerca de 50% das neoplasias benignas, sendo únicos na maioria dos casos. Localizam-se, preferencialmente, no átrio esquerdo, com incidência de 70 a 80%, 18% no átrio direito, e mais raramente, de 2 a 5%, nos ventrículos, ou multicêntricos.³⁻⁶ Mixomas que se originam no ventrículo direito (VD) e obstruem a via de saída do ventrículo direito (VSVD) são extremamente raros em crianças.⁵

Os pacientes apresentam pelo menos uma das características da tríade clássica descrita, que inclui sintomas de manifestações constitucionais, embólicas ou obstrutivas.²

Estes tumores surgem no endocárdio de uma célula mesenquimal ou multipotente do subendocárdio, formando uma massa, frequentemente recoberta por trombos, com tamanho médio de 5 cm de diâmetro, peso de 50 g a 60 g, geralmente envoltos em um estroma mixomatoso e, histologicamente, distinguem-se de trombos organizados por estarem recobertos de endotélio.²

O presente trabalho relata o caso de uma paciente jovem oligossintomática portadora de volumoso mixoma em VD, localização extremamente rara.

Relato do Caso

Paciente do sexo feminino, 18 anos, apresentou mal estar e indisposição dois meses antes da consulta, sendo diagnosticado hipotireoidismo. Medicada com levotiroxina e com melhora parcial, referia, no entanto, dor precordial ao fazer atividades físicas mais intensas, taquicardia, astenia, vertigem e distúrbios visuais, que melhoravam com o repouso. Ao exame físico apresentava FC 111 bpm, PA 101 x 76 mmHg e sopro sistólico discreto em ponta, sem outras alterações.

Palavras-chave

Mixoma/ diagnóstico por imagem; Mixoma/ cirurgia; Disfunção Ventricular Direita; Ecocardiografia/ métodos; Espectroscopia de Ressonância Magnética/ métodos.

Correspondência: Maria Natividade Santos Costa Lopes • SHIN QI 02, Conj. 04, Casa 16. CEP 71.510-040, Lago Norte, Brasília, DF – Brasil
E-mail: naticostalopes@gmail.com
Artigo recebido em 25/10/2017; revisado em 07/11/2017; aceito em 07/11/2017

DOI: 10.5935/2318-8219.20180007

Eletrocardiograma apresentava taquicardia sinusal (102 bpm), sobrecarga atrial direita e bloqueio incompleto do ramo direito.

Ecocardiograma transtorácico evidenciava volumosa massa heterogênea, lobulada, móvel, ocupando toda a cavidade do VD (cerca de 5,4 x 2,7 cm) invadindo tanto a via de saída ventricular direita (VSVD) como a via de entrada, gerando restrição ao enchimento ventricular. Não foi possível identificar seu local de inserção. Não havia obstrução à VSVD (Figura 1A).

Tomografia computadorizada (TC) de tórax com contraste endovenoso, assim como a ressonância nuclear magnética (RNM), evidenciaram formação expansiva sólida no interior do VD, bilobulada, com pedículo de origem no subendocárdio do septo interventricular, preenchendo esta câmara e estendendo-se para a cavidade atrial e VSVD, sem características infiltrativas (Figura 1B).

A paciente foi submetida à cirurgia, realizado exérese de massa ocupando todo o VD com aderências e destruição da válvula tricúspide, aderida ao septo interventricular, plastia da válvula tricúspide e fechamento de comunicação interatrial pequena, achado cirúrgico, sem intercorrências (Figura 2A).

O estudo anatomo-patológico evidenciou tumoração de aspecto mixóide em meio à hemorragia e vasocongestão, contendo células pequenas, ora isoladas, ora dispostas em fila, com citoplasma eosinofílico, distribuídas difusamente, não evidenciando atipias ou figuras de mitose, sendo a conclusão do estudo de mixoma de VD (Figura 2B).

A paciente recebeu alta para acompanhamento ambulatorial e o ecocardiograma no pós-operatório mostrou ausência de massa tumoral, plastia tricuspídea com insuficiência de grau moderado e função sistólica biventricular preservada.

Discussão

O mixoma cardíaco acomete pacientes na faixa etária de 15 a 80 anos, com uma média aproximada de 50 anos.^{2,4} Ligeira predominância feminina (5:4) e apesar de apresentarem caráter histológico benigno, podem levar a evolução desfavorável, sendo responsáveis por complicações incapacitantes.^{2,3,5}

Os mixomas do VD geralmente causam sintomas resultantes da obstrução da VSVD, podendo ocorrer quadros de síncope, embolia pulmonar e morte súbita.^{6,7} Na literatura há poucos relatos de casos isolados de mixomas de VD, na maioria dos casos ocorrendo com obstrução da VSVD. Seong et al.,⁷ relatam o caso de um paciente com quadro muito semelhante ao nosso, onde um volumoso mixoma originava no VD, não obstruía a via de saída desta cavidade e mostrava densa adesão aos folhetos da valva tricúspide, e como em nosso caso, a cirurgia incluiu também a plastia da valva tricúspide.

Relato de Caso

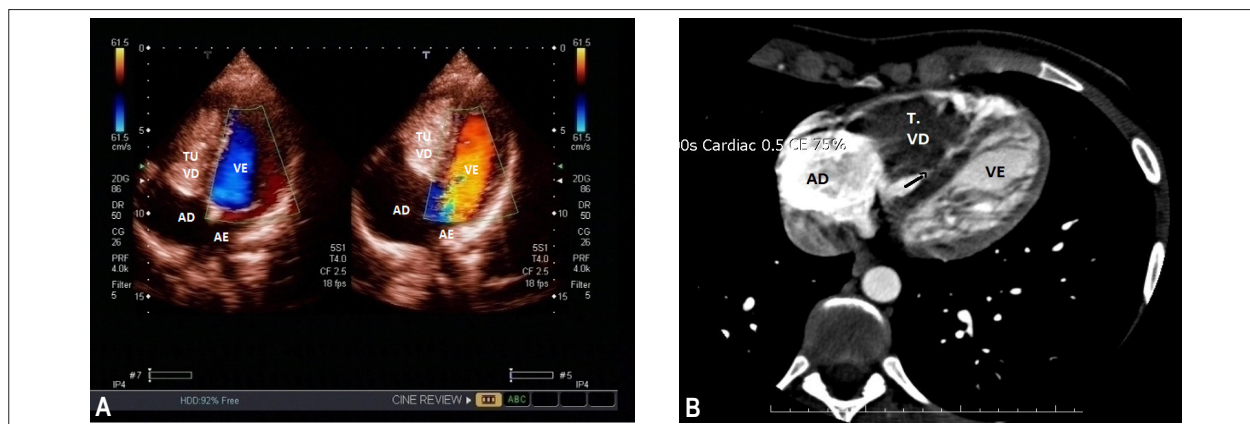


Figura 1 – A: Ecocardiograma transtorácico, corte apical - Tumoração ocupando toda a cavidade do ventrículo direito. B: Tomografia computadorizada mostrando inserção da massa no septo inter-ventricular.

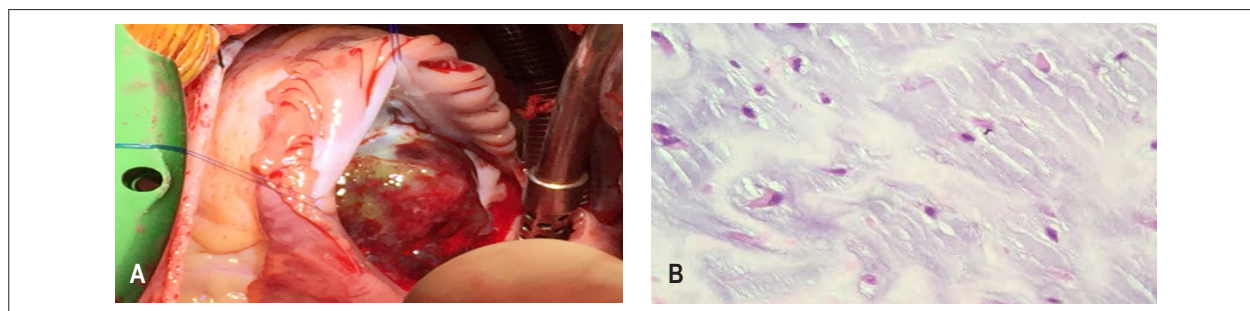


Figura 2 – A: Aspecto da tumoração após abertura do átrio direito. B: Aspecto histopatológico, confirmando diagnóstico de mixoma.

Devido à inespecificidade dos sintomas, o diagnóstico dos tumores cardíacos é por suspeição clínica, já que podem simular doenças sistêmicas, doenças valvares, miocardiopatias e pericardiopatias, sendo os métodos de imagem, particularmente o ecocardiograma, o exame de escolha para o diagnóstico,⁷ com excelente sensibilidade (95%) na detecção do tumor, podendo chegar a até 100% quando associado à ecocardiografia transesofágica.^{3,6}

A TC é útil para determinar o ponto de fixação do tumor, o grau de invasão intramural, envolvimento do pericárdio e estruturas extracardíacas, enquanto a RNM tem excelente correlação com o achado histopatológico, visão em 3 dimensões, facilitando a definição da localização tumoral e sua mobilidade, sendo considerados os exame de escolha para caracterizar os tumores cardíacos.^{8,9}

O diagnóstico definitivo de mixoma necessita confirmação com estudo histo-patológico.

No presente caso, que ilustra um local pouco comum de aparecimento tumoral, a sintomatologia apresentada pela paciente foi bastante inespecífica, porém a correlação entre os achados nos exames de imagens e o estudo anatomopatológico, confirmaram o diagnóstico de mixoma.

O tratamento é a remoção cirúrgica do tumor com boa margem de segurança, para evitar recidivas, apesar de ser

muito baixa a sua incidência. Como medida preventiva destas recorrências, é recomendado acompanhamento regular do paciente, incluindo avaliação ecocardiográfica periódica,⁸ tendo sido esta a conduta adotada para o presente caso.

Contribuição dos autores

Obtenção de dados: Schneider C, Lopes MNSC, Leite SF, Oliveira CC, Resende MC; Redação do manuscrito: Schneider C, Lopes MNSC; Seleção de referências bibliográficas: Schneider C, Lopes MNSC, Oliveira CC; Documentação intraoperatória: Sabatovicz Jr N, Resende MC.

Potencial Conflito de Interesses

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.

Referências

1. Motta AAR, Colen Filho E, Colen EA, Vieira JAS, Alves MAP, Borges MF, et al. Left atrial myxoma: report of three cases. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 1997;12(4):377-83. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76381997000400011
2. Barbuto C, Sueth DM, Pena FM, Vieira MA, Franklin MM, Teixeira MA. Mixoma atrial esquerdo. *Rev SOCERJ.* 2006;19(2):180-3.
3. Lobo Filho JC, Sales DLS, Borges AEPP, Leitão MC. Mixoma de átrio direito com prolapso para o ventrículo direito. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2006;21(2):217-20. doi: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382006000200017
4. Manfroí W, Vieira SR, Saadi EK, Saadi J, Alboim C. Múltipla recorrência de mixomas cardíacos com embolia pulmonar aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2001;77(2):161-3. Doi: http://dx.doi.org/10.1590/80066-782x2001000800007
5. Wiegand G, Sieverding L, Kramer U, Haen S, Hofbeck M. Multimodality imaging of a subtotally obstructive right ventricular myxoma in a asymptomatic 10- year-old girl. *Ann Pediatr Cardiol.* 2014;7(2):158-9. doi:10.4103/0974-2069.132519
6. Gribaa R, Slim M, Kortas C, Kacem S, Ben Salem H, Quali S, et al. Right ventricular myxoma obstructing the right ventricular outflow tract: a case report. *J Med Case Rep.* 2014;8:435-7. doi:10.1186/1752-1947-8-435
7. Ho Cho S, Shim MS, Kim W. We the right ventricular myxoma which attached to the tricuspid valve: sliding tricuspid valvuloplasty. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2015; 48(3):228-30. doi:10.5090/kjtc2015.48.3.228
8. Lacey B W, Lin A. Radiologic evaluation of right ventricular outflow tract myxoma. *Tex Heart Inst J.* 2013;40(1):68-70. PMID:PMC3568267
9. Ponczek MAK, Feitosa FS, Olivetti NQS, Introcaso MC, Ianni B, Mady C. Mixoma em Ventrículo Direito com Embolização Pulmonar. *Rev bras ecocardiogr imagem cardiovasc.* 2010;23(4):108-11.