

Causa Rara de Dor Torácica em Paciente Jovem: Mixoma Ventricular Esquerdo

Rare Cause of Chest Pain in Young Patient: Left Ventricular Myxoma

Gustavo Henrique Belarmino Góes,^{1,2} José Candido de Souza Ferraz Neto,^{1,2} Ivaldo Pedrosa Calado Filho,¹ Ricardo de Carvalho Lima,^{1,2} Dário Celestino Sobral Filho^{1,2}

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco;¹ Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco,² Recife, Pernambuco – Brasil

Introdução

As massas cardíacas representam 0,2% de todos os tumores; três quartos desses tumores são benignos e 50% são mixomas, com incidência de 0,0017% na população geral. Entre os mixomas, 75% ocorrem no átrio esquerdo, e menos de 5% acometem o ventrículo esquerdo (VE).^{1,2}

Apesar de ser um tumor benigno, um mixoma pode gerar morbimortalidade significativa, por meio de alterações no fluxo sanguíneo intracardiaco, desencadeando eventos embólicos e arritmias ao infiltrar o sistema de condução elétrica do coração.^{3,4} Como o mixoma é frequentemente encontrado no átrio esquerdo, as estimativas atuais são de que apenas 5% dos mixomas afetam os ventrículos direito ou esquerdo.^{1,4}

Os sintomas geralmente estão associados à obstrução da valva mitral.⁵ Por isso, é comumente acompanhada de dispneia, dor torácica atípica, síncope, insuficiência cardíaca e fenômenos tromboembólicos.^{2,4,5}

Relato do Caso

Relatamos o caso de uma paciente de 24 anos que, há 6 meses, apresentava história de dor torácica atípica, palpitações e falta de ar. Paciente com história negativa para diabetes melito tipo 2, hipertensão arterial sistêmica, nefropatia, tireoidopatia, tabagismo e alcoolismo. Ao exame, apresentou-se em bom estado geral, consciente e orientada, com pulsos periféricos presentes e simétricos, pressão arterial de 115/80 mmHg, precórdio calmo, sem frêmitos nem sopros, assim como murmúrios vesiculares positivos em ambos os hemitórax e ausência de ruídos adventícios. Edema em membros inferiores estava ausente, e exame abdominal não mostrava anormalidade. A investigação foi iniciada com eletrocardiograma, que mostrou ritmo sinusal e regular, sem alterações. Também foram realizadas radiografia de tórax e teste ergométrico, com resultados dentro da normalidade. O ecocardiograma transtorácico (ETT) (Figura 1) evidenciou massa de aspecto arredondado, aderida à parede posteromedial do VE, pouco móvel, com bordas regulares,

conteúdo homogêneo, sem fluxo interno ao Doppler colorido. A massa não comprometia o fluxo do VE, a valva mitral, o aparelho subvalvar e nem a via de entrada desta câmara, e não foi identificado pedículo durante o exame. Por planimetria, a massa foi estimada em 1,72 × 1,73 cm, área de 1,73 cm² e circunferência de 4,65 cm (Figuras 1A e 1B). Neste caso, a massa não alterava o fluxo sanguíneo, pois foi observado, com auxílio do Doppler colorido, fluxo diastólico de enchimento do VE com velocidades normais e sem evidência de gradiente pressórico significativo em via de entrada ventricular (Figura 1C), o que foi confirmado pelo ecocardiograma transefágico (Figura 1D, Vídeos 1 e 2). Todos esses dados foram essenciais para o correto planejamento cirúrgico e para demonstrar eventual influência da massa no fluxo sanguíneo.

Para complementar a investigação, foi realizada ressonância magnética cardíaca, cujos achados foram compatíveis com fibroelastoma papilar ventricular esquerdo, sendo, então, optado por tratamento cirúrgico prioritário para excisão completa da massa. Foi realizada esternotomia mediana longitudinal, com utilização de circulação extracorpórea, seguida de parada cardíaca cardioplégica e atriectomia esquerda no sentido longitudinal. A abordagem do tumor foi realizada por meio da valva mitral, sendo identificado em parede posterior do VE logo abaixo do folheto posterior da valva mitral, na junção entre P2 e P3, que não comprometia nem a estrutura muscular nem o aparelho subvalvar. O tumor era único e localizado, com diâmetro estimado em 1,5 a 2 cm, de aspecto calcificado, sendo excisado completamente junto de margem de músculo na base, para evitar recidivas (Figura 2). Em seguida, a valva mitral foi testada e se mostrou competente, sendo realizados sutura de átrio esquerdo e retirada do paciente da circulação extracorpórea, com coração assumindo ritmo sinusal. A peça foi enviada para estudo histopatológico, que mostrou achados compatíveis com um mixoma cardíaco (Figura 3). A paciente evoluiu clinicamente bem, sem intercorrências, sendo realizado ETT de controle, que mostrou valva mitral normofuncionante e fluxo sanguíneo normal no VE. No 10º dia pós-operatório, a paciente recebeu alta hospitalar em boas condições clínicas, sendo acompanhada ambulatorialmente por 4 anos, sem apresentar novos episódios de dor torácica, dispneia, palpitações ou outras queixas durante todo o período.

Palavras-chave

Dor no Peito, Dispneia; Taquicardia, Síncope; Ecocardiografia/diagnóstico por imagem; Mixoma/cirurgia; Neoplasias Cardíacas.

Correspondência: Gustavo Henrique Belarmino de Góes •

Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro. CEP 50100-130, Recife, PE – Brasil
E-mail: gustavogoesmt@gmail.com

Artigo recebido em 08/07/2018; revisado em 16/07/2018; aceito em 07/11/2018.

DOI: 10.5935/2318-8219.20190013

Discussão

A apresentação clínica do mixoma pode ser inespecífica, com ocorrência de dor torácica, dispneia, fadiga, palpitações,⁵ e, muitas vezes, o diagnóstico é realizado pelo achado incidental da massa. Pode ocorrer também perda de peso, embora a paciente relatada não apresentasse. O diagnóstico

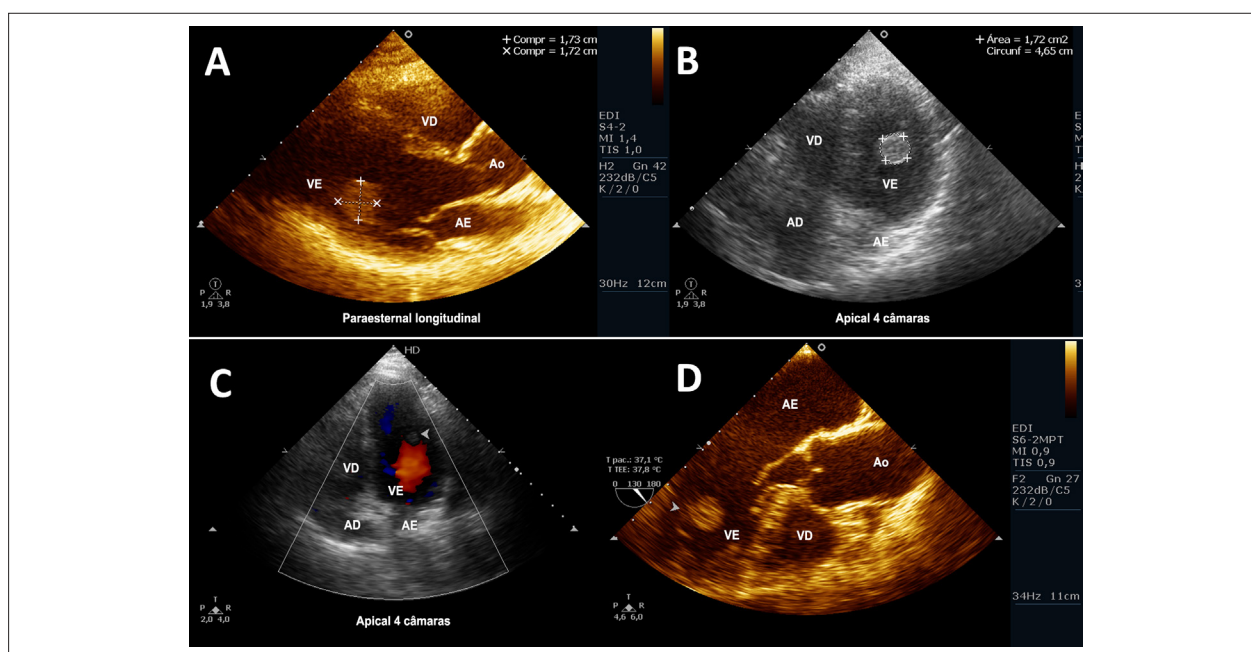


Figura 1 – (A) Ecocardiograma transtorácico. Visão paraesternal longitudinal mostrando massa circular medindo $1,7 \times 1,7$ cm, localizada na parede posteromedial do ventrículo esquerdo (VE) sem comprometimento do aparelho subvalvar mitral. (B) Ecocardiograma transtorácico. Corte apical 4 câmaras evidenciando, pela planimetria, massa com área de aproximadamente $1,73 \text{ cm}^2$ e circunferência de $4,65 \text{ cm}$. (C) Ecocardiograma transtorácico. Corte apical 4 câmaras evidenciando, ao Doppler colorido, fluxo diastólico de enchimento do VE com velocidades normais e sem evidência de gradiente pressórico significativo em via de entrada ventricular. (D) Imagem de ecocardiograma transesofágico a 130° confirmando a presença da massa aderida à parede posteromedial do VE. VD: ventrículo direito; AE: átrio esquerdo; Ao: aorta; AD: átrio direito.

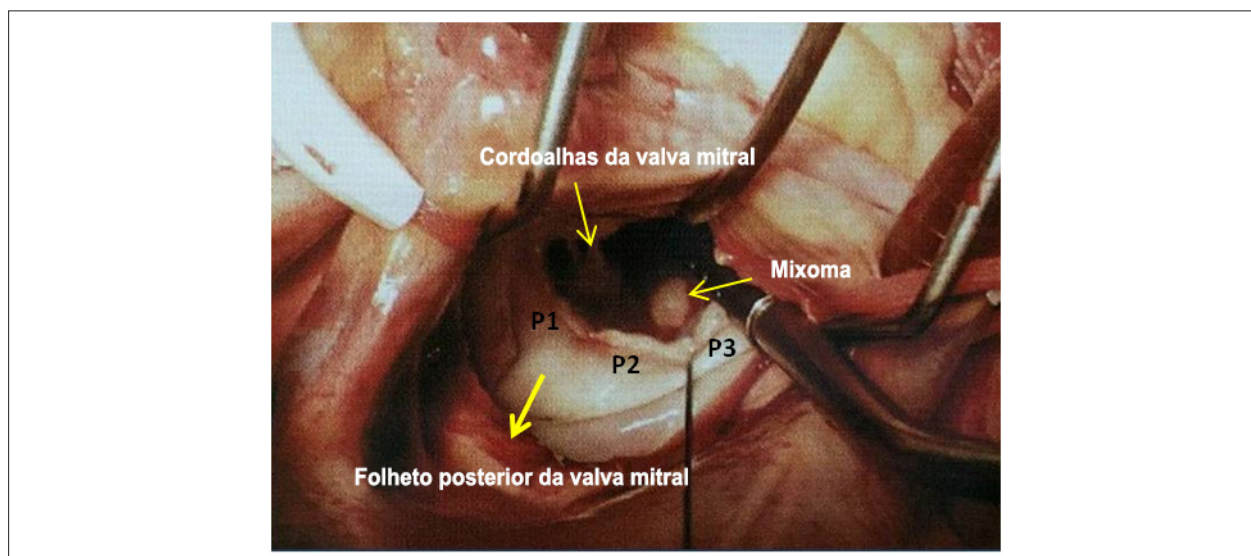


Figura 2 – Atriotomia esquerda para abordagem transvalvar do mixoma ventricular esquerdo, sendo evidenciada massa calcificada na base do músculo papilar medial posterior (ao nível de P2/P3 do folheto posterior da valva mitral), sem comprometer a estrutura subvalvar nem muscular. O tumor era único e localizado, com diâmetro estimado em $1,5$ a 2 cm .

pode ser desafiador, especialmente em pacientes jovens, como no presente relato.

Dependendo do tamanho, da localização e das características da massa, podem ocorrer sintomas secundários ao processo obstrutivo (como estenose mitral funcional), alteração do fluxo sanguíneo intracardíaco (acidente vascular encefálico) e infiltração do sistema de condução elétrica do coração (provocando

arritmias). Fragmentos tumorais podem promover embolia pulmonar ou sistêmica, dependendo da localização do mixoma.⁴

Assim, a apresentação inicial já pode ser diante de um acidente vascular encefálico, como demonstrado por Long e Gao,² que descreveram 15 casos de embolização cerebral secundária a mixoma. Alguns tumores (cerca de 4%) são completamente assintomáticos, sendo diagnosticados incidentalmente.

Relato de Caso

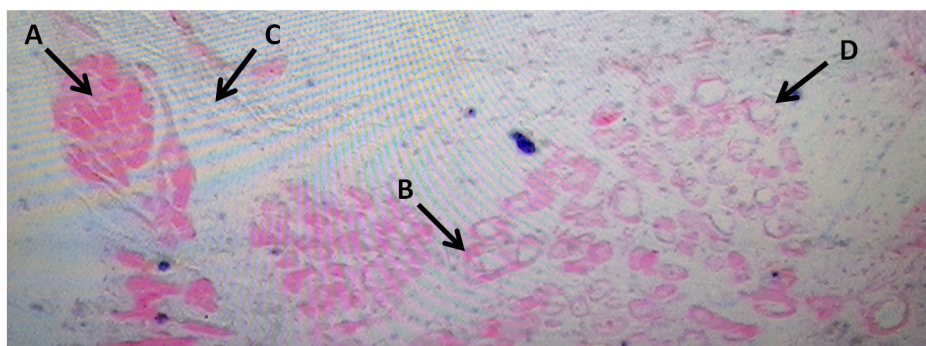
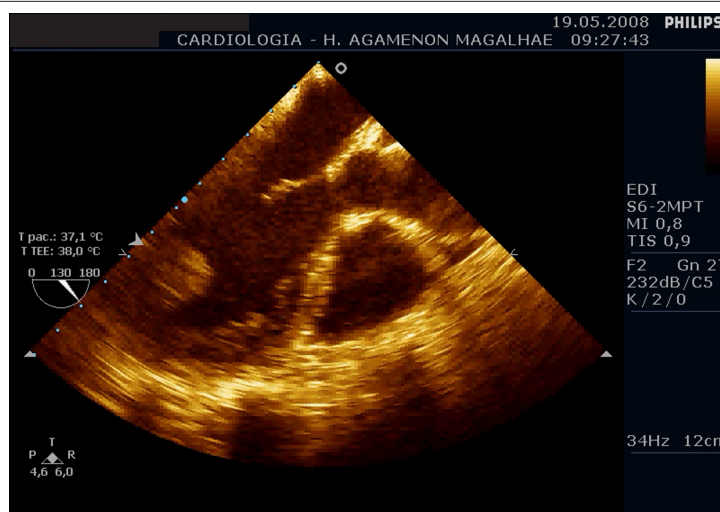


Figura 3 – Estudo anatomopatológico: neoplasia benigna composta por células estreladas ou globulares (A), células endoteliais (B) e células musculares lisas maduras inseridas em um tecido conjuntivo frouxo (C), células eosinofílicas, nas quais vasos sanguíneos de diferentes diâmetros (D), por vezes congestionados, são observados. Esses achados são compatíveis com mixoma cardíaco.



Video 1 – Ecocardiograma transesofágico confirmando a presença da massa aderida à parede posteromedial do ventrículo esquerdo. Acesse o vídeo aqui: http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2019/v32_1/video_v32_1_260_portugues.asp

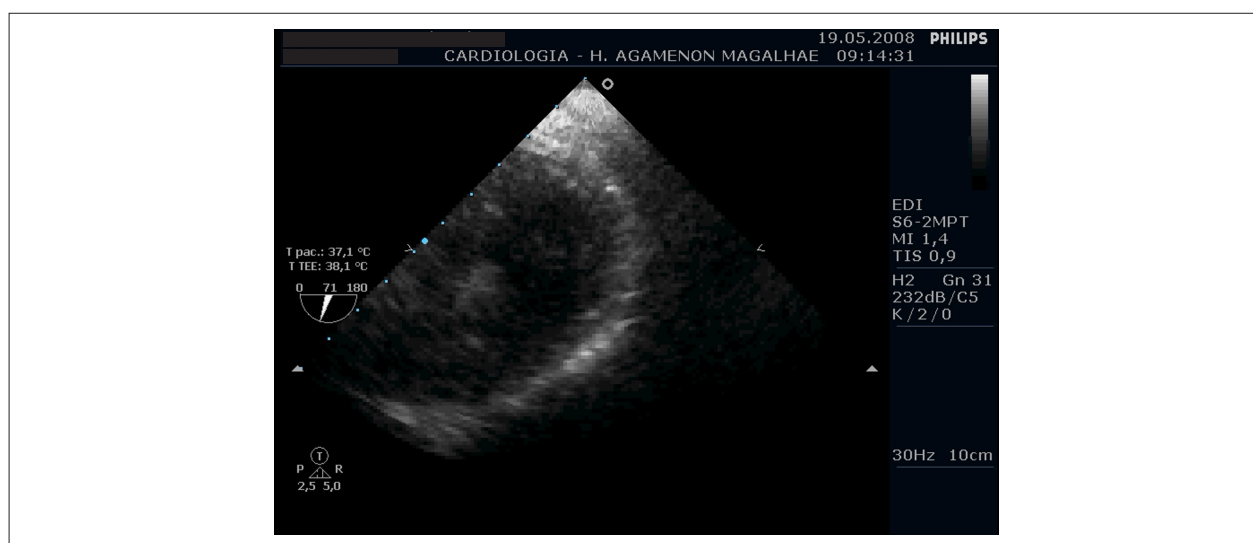
Outra forma de apresentação acontece quando o mixoma cardíaco é um dos componentes da síndrome de Carney. É um distúrbio hereditário autossômico dominante (tipicamente ocorrendo em vários membros da família) em que podem ocorrer schwannomas, mixomas cardíacos e/ou extracardíacos, tumores endócrinos e alterações pigmentares na pele.^{6,7} Estima-se que essa síndrome seja responsável por 5 a 7% dos mixomas cardíacos, ocorrendo em pacientes mais jovens e com maior possibilidade de recorrência, quando comparado aos mixomas esporádicos.⁶ Apesar de o caso discutido no presente artigo tratar-se de paciente de 24 anos, a possibilidade de síndrome de Carney foi afastada por não haver nenhuma das outras características. Além disso, foi realizado acompanhamento ambulatorial por mais de 4 anos, sem quaisquer sinais de recidiva.

Para a investigação, o ETT é, atualmente, o exame de primeira linha a ser realizado, devido à sua pronta disponibilidade, à sua natureza não invasiva e ao seu baixo custo. Além disso, permite a análise simultânea da função da

valva e da câmara cardíaca. Quando associado ao Doppler, o ETT permite a detecção de estenoses e/ou defeitos valvares, permitindo também a detecção de pequenas massas nas válvulas (< 1,0 cm).³

Em algumas situações, o diagnóstico diferencial de um mixoma e trombos pode ser desafiador, especialmente quando o trombo atrial esquerdo se apresenta como uma massa grande e organizada, tornando-os indistinguíveis ao ETT. Nesses casos, os achados clínicos e ecocardiográficos, por si só, não são suficientes para diferenciar com segurança um do outro, sendo necessário, portanto, um exame mais detalhado.³

A tomografia computadorizada axial difere do ETT por mostrar a morfologia detalhada, a localização e a extensão da massa. Além disso, pode analisar estruturas adjacentes (pericárdio e grandes vasos) com risco de infiltração metastática.³ Uma série de ressonância magnética em T1 mostra um mixoma, bem como permite delinear massas ovoides ou arredondadas, lobuladas e sem sinais de heterogeneidade. Em série T2, as massas apresentam hiperintensidade, dependendo do conteúdo



Vídeo 2 – Ecocardiograma transesofágico, ao Doppler colorido, confirmando presença de massa aderida à parede posteromedial do ventrículo esquerdo sem comprometer a valva mitral, o aparelho subvalvar ou a via de entrada do ventrículo esquerdo. Acesse o vídeo aqui: http://departamentos.cardiol.br/dic/publicacoes/revistadic/2019/v32_1/video_v32_1_260_portugues.asp

da lesão. Além de uma substância mixoide, a ressonância magnética pode revelar trombos, calcificação, substância cística ou necrótica e áreas de hemorragia.⁸

O tratamento preferencial é a ressecção cirúrgica, que tem excelente prognóstico. Como demonstrado em outros estudos, Barreiro et al.⁹ descreveram taxa de mortalidade de 0% em 30 dias a 1 ano durante o período pós-operatório. Ao considerar a mortalidade tardia (3 meses a 22 anos) após a cirurgia, os números variam de 0,4% a 5% dos casos, com a maioria das mortes relacionadas a eventos embólicos.

No presente caso, a paciente apresentou sintomas inespecíficos, porém os achados do ecocardiograma associados à ressonância magnética cardíaca possibilitaram o diagnóstico e a indicação da cirurgia, sendo confirmado tratar-se de um mixoma cardíaco de VE após o estudo anatomopatológico da massa ressecada. Como realizado neste caso, o acompanhamento pós-operatório é recomendado para identificação precoce de eventuais recidivas, embora sejam pouco frequentes.¹⁰

Contribuição dos autores

Obtenção de dados: Góes GHB, Calado Filho IP, Sobral Filho DC; Análise e interpretação dos dados: Góes GHB, Ferraz Neto JCS, Calado Filho IP, Lima RC, Sobral Filho DC; Redação do manuscrito: Góes GHB, Ferraz Neto JCS; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Góes GHB, Calado Filho IP, Lima RC, Sobral Filho DC.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo foi financiado por incentivo próprio.

Vinculação Acadêmica

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

Referências

1. Fakhari S, Bilehjani E. A large left ventricle myxoma presenting with epigastric pain and weight loss. *Case Rep Cardiol*. 2016;2016:9018249.
2. Long Y, Gao C. Brain embolism secondary to cardiac myxoma in fifteen chinese patients. *ScientificWorldJournal*. 2014 Mar 9;2014:718246.
3. Plana JC. Three-dimensional echocardiography in the assessment of cardiac tumors: the added value of the extra dimension. *Methodist Debakey Cardiovasc J*. 2010;6(3):12-9.
4. Alvarado-Castro C, Vega-Brizneda MP, Matijasevic-Arcila E, Maldonado-Escalante JD, Buitrago-Sandoval A. Left ventricular myxoma. *Rev Colomb Cardiol*. 2017;24(3):300.e1-300.e5.
5. Nehaj F, Sokol J, Mokal M, Jankovicova V, Kovar F, Kubaskova M, et al. Outcomes of patients with newly diagnosed cardiac myxoma: a retrospective multicentric study. *Biomed Res Int*. 2018 Feb 6;2018:8320793.
6. Bandettini WP, Karageorgiadis AS, Sinaii N, Rosing DR, Sachdev V, Scherthaner-Reiter MH, et al. Growth hormone and risk for cardiac tumors in Carney complex. *Endocr Relat Cancer*. 2016;23(9):739-46.
7. Carney JA. Carney complex: the complex of myxomas, spotty, pigmentation, endocrine overactivity and schwannomas. *Semin Dermatol*. 1995;14(2):90-8.
8. Braggion-Santos MF, Koenigkam-Santos M, Teixeira SR, Volpe GJ, Trad HS, Schmidt A. Magnetic resonance imaging evaluation of cardiac masses. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(3):263-72.
9. Barreiro M, Renilla A, Jimenez JM, Martin M, Al Musa T, Garcia L, et al. Primary cardiac tumors: 32 years of experience from a Spanish tertiary surgical center. *Cardiovasc Pathol*. 2013;22(6):424-7.
10. Wang Z, Chen S, Zhu M, Zhang W, Zhang H, Li H, et al. Risk prediction for emboli and recurrence of primary cardiac myxomas after resection. *J Cardiothorac Surg*. 2016 Feb 2;11:22.