

Recorrência de Mixoma Cardíaco Multicavitário

Waldomiro Carlos Manfro, Jair Saadi, Eduardo Saadi, Luiz Henrique Dossin, Luciane Fanti

Porto Alegre, RS

Mulher de 24 anos, com manifestações de insuficiência cardíaca congestiva e sinais clínicos, eletrocardiográficos e radiológicos compatíveis com estenose pulmonar. A angio-radiografia diagnosticou tumor no ventrículo direito (VD). Foi submetida à ressecção de grande tumor no VD e de outros menores no átrio esquerdo (AE).

Seis anos após, o ecocardiograma (ECO) identificou novo tumor de 2cm no VD e o seu crescimento foi acompanhado através de ECO bidimensional transtorácico. Após 6 anos, o ECO transesofágico revelou a presença de 3 tumores, 1 no VD e 2 outros no átrio direito e AE. A paciente foi submetida à nova cirurgia com ressecção dos mesmos.

Multicavitary Cardiac Myxoma Recurrence

A 24 years-old female patient with congestive heart failure and clinical, electrocardiographic and radiologic findings compatible with pulmonary stenosis. Angiocardiography study diagnosed a tumor of the right ventricle (RV). Large tumor of the RV and smaller tumors of the left atrium were removed by surgical treatment.

Six years later, a 2cm tumor was identified in the RV. The tumor's growth was accompanied by bidimensional transthoracic echocardiograms. After 6 years a transesophageal echocardiogram showed three tumors, one in the RV and one in each of the right and left atria. These tumors were successful removed by new surgical treatment.

Arq Bras Cardiol, volume 64 (nº 1), 35-36, 1995

Os mixomas são os tumores cardíacos primários mais freqüentes e sua incidência é de cerca de 90% de todos os tumores cardíacos. A prevalência é baixa, variando de 0,0017 a 0,28% das doenças cardíacas, com predominância para o sexo feminino e as recorrências são registradas na ordem de 7 a 22%. Os tumores são únicos em 90% dos casos, situados no átrio esquerdo (AE) em 86%, no átrio direito (AD) em 5%, no ventrículo direito (VD) em 5%. Os casos descritos assumem características clínicas poliformas, confundindo-se com valvopatias, doenças do pericárdio, cardiopatia congênita, miocardiopatia dilatada, endocardite infecciosa, embolia pulmonar e sistêmica ou doença que compromete diversos órgãos¹⁻⁶.

Relato do Caso

Mulher de 24 anos compareceu ao hospital com queixa de dor precordial em ardência, sem relação com esforços e dispnéia progressiva com início há 2 anos.

Ao exame físico notava-se estase jugular a 90°, com batimentos venosos visíveis até o lobo da orelha, impulsões sistólicas paraesternais esquerdas e sopro sistólico tipo ejeção +++/6 na região paraesternal esquerda.

A radiografia de tórax revelou aumento global da área cardíaca e o eletrocardiograma (ECG) demonstrou sobrecarga atrial e ventricular direitas. O ecocardiograma (ECO), módulo M, mostrou grande aumento no diâmetro do VD, movimento paradoxal do septo interventricular, valva pulmonar com aumento de amplitude da onda "a", valva tricúspide de fácil registro, apresentando ecos múltiplos, espessos, sistólicos e diastólicos.

A cineangioventriculografia demonstrou grande defeito de enchimento no VD compatível com tumor cardíaco. A paciente foi submetida à ressecção de grande tumor do VD e 2 menores no AE. Não apresentou intercorrência no pós-operatório, exceto a presença de bloqueio do ramo direito, secundária à cirurgia.

O ECO bidimensional realizado no 6º ano de seguimento ambulatorial identificou tumor de 2cm no VD que apresentou aumento progressivo de 1cm/ano. Ao atingir 4cm, surgiram impulsões sistólicas e sopro sistólico tipo ejeção ++/6 na região paraesternal esquerda e cansaço aos grandes esforços. Doze anos após a 1ª cirurgia, o ECO transesofágico demonstrou tumor na parede superior do AD, com 5,2x2,9cm, outro implantado no terço médio do septo interventricular do VD de 6,4x3,2cm e um 3º no AE de 2,1x1,10cm (fig.1), sendo indicado novo tratamento cirúrgico. A atriotomia direita identificou tumor vegetante e gelatinoso de base larga, inserido próximo à entrada da veia cava superior, medindo 5x3cm de diâmetro (fig. 2). O tumor foi excisado junto com porção da parede atrial. Através da valva tricúspide identificou-se grande tumor na cavidade



Fig. 1 - O ecocardiograma transesofágico: presença de tumor (TU) no átrio direito (AD), átrio esquerdo (AE) e no ventrículo direito (VD).

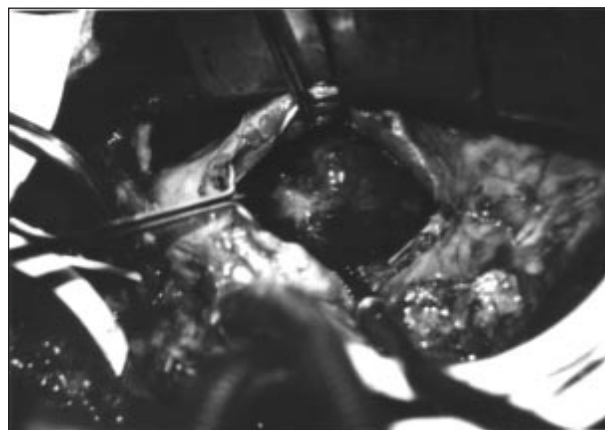


Fig. 3 - Grande tumor gelatinoso ocupando a cavidade ventricular direita e com extensão para o tronco da artéria pulmonar.

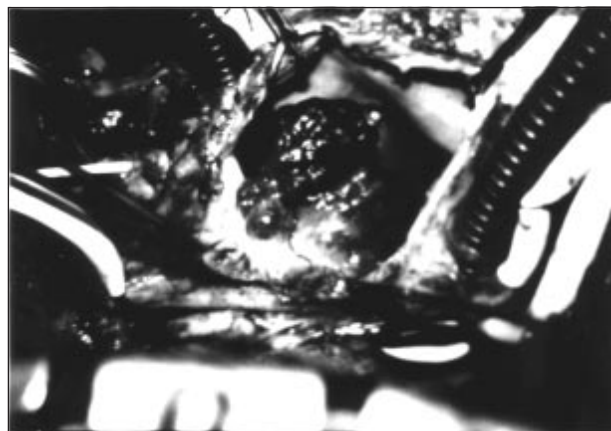


Fig. 2 - Grande tumor gelatinoso dentro da cavidade atrial direita ao corte longitudinal.

do VD. A ventriculotomia anterior direita longitudinal demonstrou massa gelatinosa e vegetante, inserida no terço médio do septo interventricular e com extensão para o tronco da artéria pulmonar, determinando a sua suboclusão (fig. 3). O tumor, medindo 7x4cm, foi retirado com porção de endocárdio. A abertura do septo interatrial permitiu a retirada de 2 tumores 2x2cm cada

um, que se inseriam no septo do AE, em sintonia com a valva aórtica. Não ocorreram complicações trans e pós-operatórias e a paciente obteve alta em boas condições. O estudo anatomopatológico demonstrou que os tumores eram mixomas.

Discussão

O presente caso, do ponto de vista médico, assume aspectos peculiares infreqüentes quanto a sua evolução e os meios diagnósticos utilizados em épocas distintas da evolução da doença com suas manifestações. Na 1ª fase, o diagnóstico pré-operatório somente foi possível, por meio da angiocardiógrafia, método mais preciso, na época, para esse tipo de doença cardíaca ⁶. Na 2ª fase, a paciente foi acompanhada através de ECO periódicos ⁸, quando se detectou a sua recidiva no VD e o aparecimento de outros tumores no AE e no AD. Ressalta-se ainda a raridade do presente caso, pois além de tumores em mais de uma cavidade cardíaca serem raros, a recidiva de dois tumores e o aparecimento de outro em outra cavidade cardíaca, tornam este caso incomum na literatura médica.

Referências

1. Blondeau PH - Primary cardiac tumors-French studies of 533 cases. *Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 38: 192-5.
2. Dong E Jr, Hurley EJ, Shaway NE - Primary cardiac myxoma. *Am J Cardiol* 1962; 10: 871-3.
3. Fang BR, Chang CW, Hung JS et al - Cardiac myxoma - clinical experience in 24 patients. *Int J Cardiol* 1990; 29: 335-41.
4. Gonzalez A, Altieri PA, Marques E et al - Massive pulmonary embolism associated with a right ventricular myxoma. *Am J Med* 1980; 69: 795-8.
5. Hubbart JF, Neil RN - Myxoma of the right ventricle. Case report with unusual findings. *Am Heart J* 1971; 81: 548-50.
6. Manfroi WC, Ilha DO, Saadi J et al - Mixoma de ventrículo direito. Relato de um caso. *Arq Bras Cardiol* 1982; 38: 395-8.
7. Waller Da, Ettles DF, Saunders NR et al - Recurrent cardiac myxoma: The surgical implications of two distinct groups of patients. *Thorac Cardiovasc Surg* 1989; 37: 226-30.
8. Smith ST, Hautamaki K, Lewis JW et al - Transthoracic and transesophageal echocardiography in the diagnosis and surgical management of right atrial myxoma. *Chest* 1991; 100: 575-6.