

Infarto do Miocárdio e Mixoma em Átrio Esquerdo

Myocardial Infarction and Myxoma in the Left Atrium

Paula Maira A Haffner, Vânia Cristina Monteiro Neves, Gilberto Lins, Elida de Mattos Leite Torres, Wolney de Andrade Martins, Humberto Villacorta Junior, Eduardo Nani Silva, Claudio Vieira Catharina, Gladyston Luiz Lima Souto, Mário Luiz Ribeiro

Faculdade de Medicina da UFF - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ - Brasil

RESUMO

Os mixomas são os tumores cardíacos primários benignos mais comuns, sendo que a grande maioria localiza-se no átrio esquerdo; 80% têm sua origem no septo interatrial e 5% deles são biatrial. Clinicamente, apresentam-se, quase sempre, com sinais e sintomas de doença valvular mitral ou de eventos tromboembólicos. Este relato ilustra um caso de mixoma em átrio esquerdo, projetando-se através da valva mitral para o ventrículo esquerdo e simulando uma estenose mitral, que evoluiu com acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e infarto agudo do miocárdio (IAM), como complicações tromboembólicas. O ecocardiograma continua a ser uma ferramenta valiosa no diagnóstico e o tratamento cirúrgico imediato é necessário para evitar desfechos fatais.

Palavras-chave: Mixoma; Neoplasias Cardíacas; Acidente Vascular Cerebral; Infarto do Miocárdio; Ecocardiografia.

ABSTRACT

Myxomas are the most common benign primary cardiac tumors, the vast majority located in the left atrium and 80% originates in the atrial septum and 5% of them are biatrial. Usually present, often with signs and symptoms of mitral valve disease or thromboembolic events. This report illustrates a case of myxoma in left atrium protruding through the mitral valve into the left ventricle, simulating stenotic mitral valve disease, which evolved with ischemic stroke (AIS) and acute myocardial infarction (MI) as thromboembolic events. Echocardiography continues to be a valuable tool in the diagnosis and surgical treatment is immediately necessary to prevent fatal outcomes.

Keywords: Myxoma; Heart Neoplasms; Stroke; Myocardial Infarction; Echocardiography.

Introdução

O mixoma, apesar de ser uma condição rara, é o tumor cardíaco primário mais comum, totalizando 50% dos tumores benignos do coração¹⁻³. As suas manifestações são variáveis, entre elas, destacam-se a presença de dispneia, síncope ou manifestações embólicas como o AVCi e o IAM^{4,5}.

Objetivos

Relatar caso de paciente que apresentou acidente vascular cerebral isquêmico e infarto agudo do miocárdio como complicações embólicas de mixoma em átrio esquerdo.

Relato do Caso

M.D.S., sexo feminino, 58 anos, previamente hígida, foi internada em unidade de pronto atendimento em agosto de 2011, com quadro de hipertensão, hemiparesia e disartria. A tomografia computadorizada de crânio (TC de crânio) demonstrou área hipodensa córtico-subcortical frontal à esquerda, sugerindo insulto vascular isquêmico prévio e lacuna isquêmica em coroa radiada à direita, confirmando o diagnóstico de AVCi. Não havia registro de ECG nesta internação.

Após a alta, foi encaminhada para acompanhamento em ambulatório de Cardiologia e foi solicitada a realização do

Correspondência: Universidade Federal Fluminense - Departamento de Medicina Clínica •

Av. Marquês do Paraná, 303, 6º Andar, CEP 24030215, Niterói, RJ -Brasil

E-mail: paulahaffner@gmail.com

Artigo recebido em 26/10/2012; aceito em 03/01/2013

Relato de Caso

ecocardiograma transtorácico (EcoTT) e EcocolorDoppler de carótidas e vertebrais (DCV), os quais não foram realizados.

Em fevereiro de 2.012, iniciou quadro de dor torácica súbita associada à dispneia. Procurou atendimento no serviço de emergência do Hospital Municipal, no qual foi aventada a suspeita diagnóstica de síndrome coronariana aguda (SCA). Na história patológica pregressa, referiu hipertensão arterial sistêmica (HAS), descoberta havia 5 meses, após internação por quadro de AVCi que resultou em disartria leve como sequela. Desconhecia arritmias ou cardiopatias prévias. Relatou ser ex-tabagista e alérgica ao ácido acetil salicílico. Fazia uso regular de atenolol 50mg/dia. Nesta ocasião foram realizados ECG (Figura 1) e dosagem de enzimas cardíacas, com diagnóstico de IAM sem supradesnívelamento de ST (Troponina I= 1,47ng/ml) e fibrilação atrial (FA) de início indeterminado. Posteriormente, foi transferida para o Hospital Universitário para melhor investigação e condução do caso.

Ao exame ,apresentava-se hipocorada (+/4+), hidratada, eupneica em ar ambiente. PA= 100x60mmHg, FC= 68bpm, ritmo cardíaco irregular com presença de ruflar diastólico (3+/6+) e sopro sistólico (2+/6+) em foco mitral. Aparelho respiratório, abdome e membros sem alterações. O EcoTT evidenciou grande massa heterogênea no interior do átrio esquerdo (AE), sugestiva de mixoma medindo 8,0 x 4,5 x 4,0cm, aderida ao septo interatrial, movimentando-se em direção à valva mitral, gerando uma estenose mitral (gradientes diastólicos máximo e médio AE-VE, respectivamente, de 13mmHg e 9mmHg) e refluxo leve, com disfunção sistólica leve do VE (Figura 2).

O EcocolorDoppler de carótidas e vertebrais evidenciou doença ateromatosa leve sem obstruções. Foi submetida a cineangiocoronariografia (CAT), a qual não evidenciou obstrução coronariana. Sendo assim, a paciente foi encaminhada à cirurgia cardíaca para a ressecção do mixoma (Figura 3).

Não houve intercorrências no pós-operatório, manteve a FA com a FC controlada e em uso de anticoagulante. O laudo histopatológico da massa confirmou o diagnóstico de mixoma. Até a presente data, a paciente apresenta-se assintomática e sem complicações do pós-operatório.

Discussão

Os tumores cardíacos primários são raros, representando 0,2% de todos os tumores encontrados em seres humanos, correspondendo a menos de 5% de todos os tumores cardíacos. Cerca de 70% dos pacientes afetados são mulheres, principalmente, entre a terceira e a sexta década de vida¹⁻⁴. Os mixomas, geralmente, são massas gelatinosas friáveis, pediculadas, solitárias (94%) e esporádicas, mas podem estar associadas a síndromes autossômicas dominantes em 7% dos casos⁶⁻⁸. Estima-se que o crescimento pode variar entre 1,3 a 6,9mm/mês e seu peso médio é de 37g, podendo atingir até 180g³. Histologicamente, são derivados de células mesenquimais multipotentes do subendocárdio e têm como diagnóstico diferencial o trombo intracavitário e o rabiomioma⁸⁻¹⁰. Geralmente, surgem do septo interatrial, sendo que em 80% dos casos estão localizados no AE e em 18% no AD. Porém, raramente, podem ocorrer nos ventrículos, veia cava, nas artérias aorta e pulmonar, bem como em outros órgãos^{5,9,10,11}.

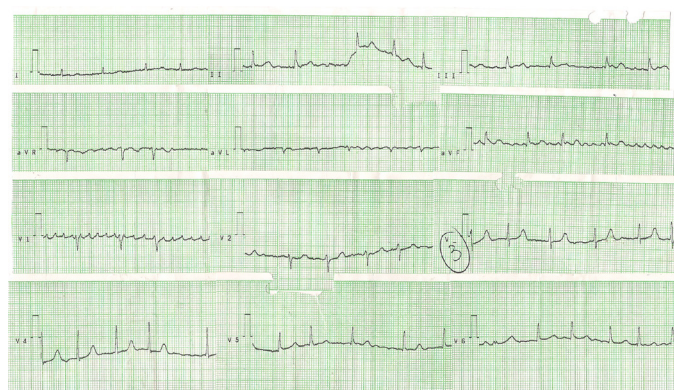


Figura 1: Eletrocardiograma com FA.

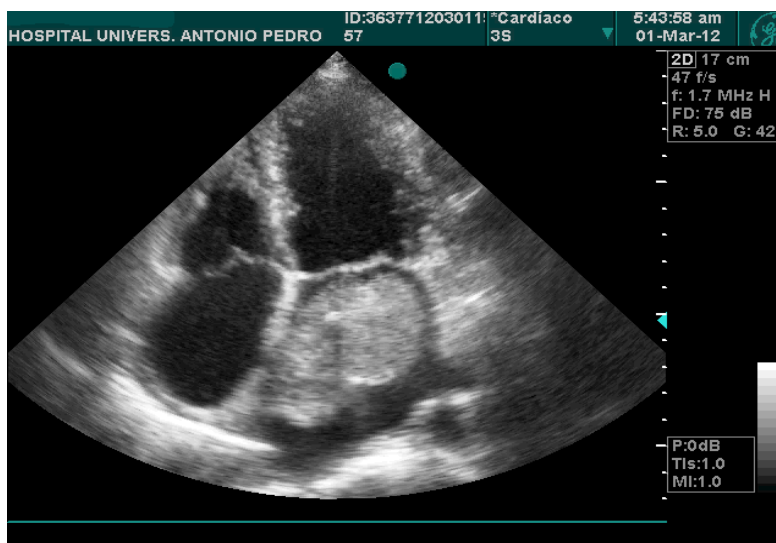


Figura 2 - Ecocardiograma transtorácico em corte apical de quatro câmaras, mostrando enorme massa no interior do átrio esquerdo sugestiva de mixoma.

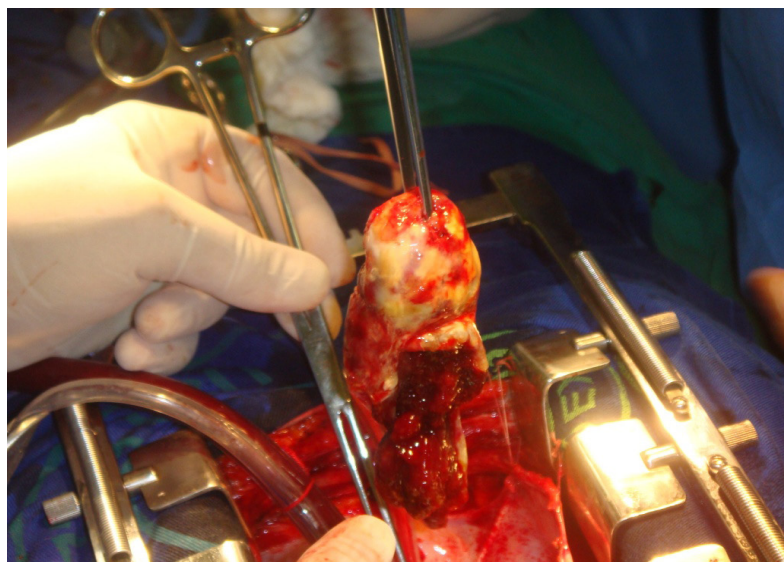


Figura 3 - Massa sugestiva de mixoma ressecada em cirurgia cardíaca.

A ecocardiografia é o método diagnóstico padrão ouro para localização e avaliação da extensão do mixoma e detecção de recorrência, com sensibilidade de até 100%²⁹. O EcoTT, é um método não invasivo e apresenta uma sensibilidade de 95%, mas não identifica tumores menores do que 5mm de diâmetro, necessitando, nesses casos, de realização do ecocardiograma transesofágico. Outros exames, como a TC e a ressonância magnética, fornecem informações adicionais e podem ser úteis

para demonstrar complicações associadas. A radiografia de tórax e o ECG são inespecíficos, sendo este último fundamental para avaliar a presença de arritmias ou bloqueios cardíacos, em decorrência da infiltração direta do tumor no tecido de condução cardíaco ou da própria irritação do miocárdio.

O CAT é muito útil na avaliação pré-operatória desses pacientes, descartando doença aterosclerótica obstrutiva, e como ferramenta no planejamento cirúrgico^{4,5,7,12}.

Relato de Caso

Tão logo o diagnóstico do mixoma seja feito, a conduta cirúrgica deve ser programada de forma imediata devido ao elevado risco de eventos tromboembólicos e possíveis desfechos fatais^{2,5,13}. Geralmente, o tratamento cirúrgico é definitivo e a recidiva é incomum (3% nos tumores esporádicos e 22% nos tumores familiares), podendo estar relacionada com ressecção incompleta. A recorrência pode ser local ou extracardiaca. Assim sendo, recomenda-se a realização de estudos ecocardiográficos periódicos no acompanhamento desses pacientes^{1,3,9,10}.

Este caso retrata uma paciente com diagnóstico de AVCi, em unidade de pronto atendimento, a partir do resultado da TC de crânio e que, no entanto, recebeu alta para casa sem a realização dos demais exames, inclusive sem o ECG. Segundo a paciente, não foi possível marcar a consulta com o cardiologista, o EcoTT e o DCV ambulatorialmente. Sabe-se que, em quadros de AVCi, deve-se sempre buscar a etiologia do evento, podendo esta ser de fisiopatologia trombótica ou embólica, o que implica em mudanças no acompanhamento e na terapêutica desses pacientes.

A paciente tinha 58 anos e, como fatores de risco, apresentava apenas HAS leve, recém-diagnosticada e passado de tabagismo, o que talvez não justificasse como causa a origem trombótica ao invés da embólica. Sendo assim, talvez se o ECG, o EcoTT e DCV pudessem ter sido realizados nesta mesma internação, a etiologia pudesse ser definida já no primeiro evento. No entanto, como não foi possível a marcação destes exames em nível ambulatorial, em fevereiro de 2012, a paciente apresentou novo evento com dor torácica típica e SCA, necessitando de internação. Nessa ocasião, o ECG inicial já demonstrava uma FA de início indeterminado, corroborando a hipótese de origem embólica. Não havia desnivelamento do segmento ST, porém a troponina I foi positiva, confirmando o diagnóstico de IAM sem supradesnivelamento de ST. A partir daí, foram solicitados o EcoTT, o DCV, além do CAT, para complementar a investigação da SCA.

Com o seguimento do caso, detectou-se ao EcoTT grande massa no interior do AE, sugerindo mixoma atrial e, por este motivo, foi encaminhada ao Hospital Universitário para melhor condução do caso. Ao exame físico, notou-se, no aparelho cardiovascular, a presença de ruflar diastólico em foco mitral, simulando uma estenose mitral. Sabe-se que a ausculta cardíaca em mixomas

atriais pode variar muito dependendo da localização, do tamanho, da mobilidade e da movimentação do tumor pelas válvulas. Em 15% dos casos, pode-se auscultar um sopro protodiastólico denominado *tumor plop*, tal como foi identificado na nesta paciente^{3,5}.

Os sinais e sintomas podem ser muito variados, dificultando o diagnóstico, uma vez que, dependendo das características e localização do tumor, bem como do grau de atividade física e posição do corpo, este pode ter um curso assintomático ou evoluir com eventos tromboembólicos, culminando até em morte súbita^{10,13}. A tríade clássica encontrada em pacientes com mixoma cardíaco é caracterizada por obstrução do fluxo sanguíneo, eventos tromboembólicos (40% dos casos) e, eventualmente, sintomas constitucionais, como por exemplo, astenia, febre ou perda ponderal, devido à produção de interleucina-6^{2,7,10,12,13}. As manifestações mais comuns são dispneia, dor torácica atípica e síncope. Dispneia e dor torácica atípica podem ser resultado de provável embolia de fragmentos do tumor ou de trombo formado sobre a sua superfície, levando a IAM (0,5%) e AVCi (20%). Além disso, a protrusão do tumor para o interior do ventrículo esquerdo por meio da valva mitral, durante a diástole, causando obstrução temporária ao fluxo da valva mitral, poderia explicar a dor torácica e isquemia miocárdica durante o esforço^{7,9,10,12}.

Embora a embolização sistêmica seja frequente, o envolvimento da artéria coronária, levando a sua oclusão, é extremamente rara, sendo o mixoma uma causa raro de IAM. Outra hipótese plausível para a ocorrência do IAM seria a presença de massa altamente vascularizada no átrio esquerdo, levando à isquemia pelo efeito *roubo coronariano*⁷. Mas, neste caso, a paciente, apesar de possuir coronárias normais, sofreu AVCi e IAM, provavelmente, pelo mecanismo de embolização a partir do mixoma^{2,3,6,7,11}.

Conclusão

Apesar de os mixomas apresentarem um caráter histológico benigno, eles podem evoluir com desfechos desfavoráveis, culminando em morte súbita^{5,8}. Por este relato, ressaltamos a importância da ecocardiografia para o diagnóstico dos pacientes vítimas de eventos tromboembólicos, sem outras causas aparentes, pois isto impacta de maneira decisiva no tratamento e prognóstico desta patologia^{2,9,13}.

Referências

1. Pontes JCDV, Silva JVR, Benfatti RA, Duarte JJ. Mixoma atrial esquerdo múltiplo. Relato de caso. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011;26(3):497-9.
2. Demir M, Akpinar O, Acarturk E. Atrial myxoma: an unusual cause of myocardial infarction. *Tex Heart Inst J.* 2005; 32: 445-7.
3. Zipes D, Libby P, Bonow O, Mann L. Braunwald tratado de doenças cardiovasculares: tumores primários cardíacos.. 7ª.ed. Rio de Janeiro :Elsevier;2007.p.1741-4.
4. Gismondi RA, Kaufman R, Correa GA, Nascimento C, Weitzel LH, Reis JOB, et al. Mixoma em átrio esquerdo associado a doença arterial coronariana obstrutiva: relato de caso. *Arq Bras Cardiol.*2007;88(1):e1-e3.
5. Barbuto C, Sueth DM, Pena FM, Vieira MA, Franklin MM, Teixeira MM. Mixoma atrial esquerdo - relato de caso. *Rev SOCERJ.*2006;19(2):180-3.
6. Konagai N, Cho M, Shigematsu H. Left atrial myxoma associated with acute myocardial infarction and multiple cerebral infarctions: report of a case. *Surg Today.*2010;40(12):1159-63.
7. Alvarez JR, Quiroga JS, Cereijo JMM, Lopez LR. Coronary steal by left atrial myxoma. *Cases Journal.*2009;2:6741.
8. Braun S, Schrotter H, Reynen K, Schwencke C, Strasser RH. Myocardial infarction as complication of left atrial myxoma. *Int J Cardiol* 2005; 101(1):115-21.
9. Yoo M, Graybeal DF. An echocardiographic-confirmed case of atrial myxoma causing cerebral embolic ischemic stroke: a case report. *Cases J.* 2008;1:96.
10. Meira EBS, Ho CL, Santos MMF, Pimenta J. Mixoma de atrio esquerdo provocando infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol.*1996;67(5):347-9.
11. Ozaydin M, Dogan A, Altinbas A. Left atrial myxoma presenting with acute myocardial infarction – a case report. *Angiology.*2005, 56(6):767-9.
12. Vazir A, Douthwaite H. Rapidly growing left atrial myxoma - a case report. *J Med Case Reports.* 2011;5:417.
13. Britta V, Thomas D, Mereles D, Rottbauer W, Katus HA. Systemic embolization and myocardial infarction due to clinically unrecognized left atrial myxoma:Case reports. *Case Report Med.*2011;2011:1-3.