

Associação entre Fibroelastoma de Valva Aórtica e Infarto Agudo do Miocárdio

Association between Aortic Valve Fibroelastoma and Acute Myocardial Infarction

Thiago Augusto Vieira, Sandra de Barros Cobra Negreiros, Diogo Wagner da Silva de Souza

Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF – Brasil

Introdução

Os tumores cardíacos são raros e o diagnóstico depende fundamentalmente do grau de suspeição clínica, uma vez que sua prevalência em autopsias é de 0,02%¹. Dentre os tumores primários do coração, destaca-se o mixoma como o de maior incidência (40% a 70%), seguido dos lipomas e do fibroelastoma papilífero (FEP)².

O FEP é um tumor benigno que está presente em cerca de 10% dos casos, na maioria das séries relacionadas³. São massas móveis comumente únicas, pedunculadas e bem delimitadas, que acometem especialmente as valvas cardíacas. São habitualmente assintomáticos, entretanto apresentam grande potencial em promover fenômenos embólicos^{2,4-6}.

O diagnóstico muitas vezes é incidental, durante a realização de exames de ecocardiografia transtorácica por outras indicações clínicas⁴.

Relatamos a seguir um caso clínico para o qual o diagnóstico de FEP foi sugerido, durante a propedêutica cardiológica, em um cenário de doença arterial coronariana. Destaca-se o papel fundamental da ecocardiografia no diagnóstico de tumores primários cardíacos, sobretudo do FEP, seja de forma incidental, como ocorre na maioria das ocasiões, seja na investigação de eventos embólicos.

Relato do Caso

Paciente de 52 anos, negro, gênero masculino, lavrador aposentado. Foi admitido no setor de emergência da Unidade de Cardiologia do Hospital de Base do Distrito Federal – Brasília, Brasil, no mês de março de 2015. Sua queixa inicial era de precordialgia, e a dor irradiava-se para as regiões cervical e mandibular. Apresentava antecedentes patológicos pessoais de infarto agudo do miocárdio (IAM) ocorrido há seis anos, quando foi submetido a cirurgia de revascularização

miocárdica (CRVM). Há sete meses havia sido internado no mesmo serviço por apresentar IAM de parede inferior e fora submetido ao exame de cineangiogramia (Figura 1). Na ocasião, o exame evidenciou grave obstrução aterotrombótica da coronária direita. A equipe assistente optou, então, pelo tratamento percutâneo com a utilização de *stent* não farmacológico. Posteriormente, recebeu alta assintomático, para acompanhamento ambulatorial.

Algumas semanas após sua alta, voltou a se queixar de dor torácica aos pequenos e moderados esforços. Para pesquisa de isquemia de caráter agudo foi solicitado o teste ergométrico que apresentou critérios clínicos e eletrocardiográficos que sugeriam processo isquêmico agudo. O novo cateterismo realizado na internação de março de 2015 evidenciou lesão de aproximadamente 90% na coronária direita no local do implante da endoprótese e uma nova obstrução de 70% na porção mais distal da artéria.

Durante a propedêutica complementar para doença arterial coronariana foi realizado exame de ecocardiografia com Doppler. Identificou-se, entre outros achados, imagem ecodensa móvel aderida à face valvar do folheto não coronariano da valva aórtica. O ecocardiograma transesofágico (ETE), por sua vez, possibilitou um melhor detalhamento da imagem (Figura 2), que consistia em uma massa móvel e heterogênea de contornos regulares medindo aproximadamente 1,2 x 1,2 cm nos seus maiores diâmetros, sendo feita a suspeição de fibroelastoma papilífero.

O paciente então foi encaminhado para realização de exame de ressonância magnética (RNM) contrastada do coração e o achado foi: pequena massa valvar aórtica conectada ao pilar comissural, entre as válvulas não coronariana e coronariana direita face aórtica, compatível com fibroelastoma papilar (Figura 3).

Discussão

O caso relatado demonstra que a ecocardiografia é um exame de baixo custo, que pode ser um instrumento extremamente útil na suspeição diagnóstica de eventos emboligênicos originados no coração. O FEP constitui, na sua maioria das vezes, em um achado incidental. Comumente como uma lesão única, que em 90% dos casos acomete as valvas cardíacas, sem promover disfunção valvar.

A valva aórtica é a mais acometida (44%), seguida das valvas mitral, tricúspide e pulmonar, podendo envolver músculos papilares e cordoalhas tendíneas. Outros sítios são de ocorrência mais rara, notadamente ventrículo esquerdo, átrio esquerdo, septo interatrial e átrio direito².

Palavras-chave

Neoplasias Cardíacas/complicações; Doenças das Valvas Cardíacas; Infarto do Miocárdio; Embolia, Doença da Artéria Coronariana.

Correspondência: Thiago Augusto Vieira •

SMAS, trecho 1, lote C, bloco H, Apto. 905, Condomínio Living Zona

Industrial. CEP 71218-010, Guará, DF – Brasil

E-mail: thiago_escs@yahoo.com.br

Artigo recebido em 24/06/2015; revisado em 04/08/2015; aceito em 26/08/2015.

DOI: 10.5935/2318-8219.20150035

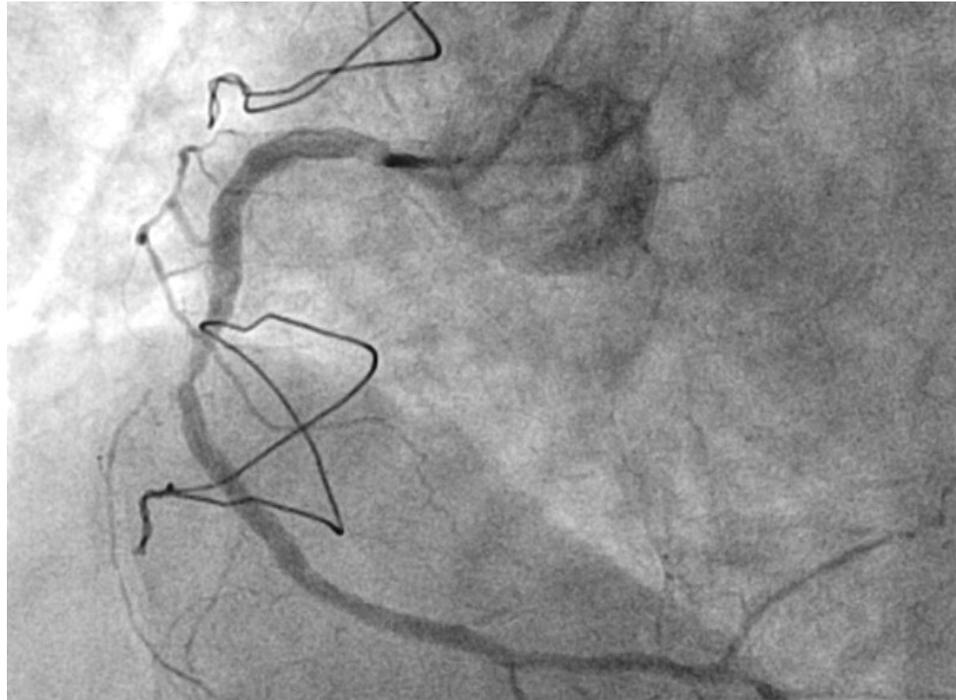


Figura 1 – Cineangiogramia da artéria coronariana direita.

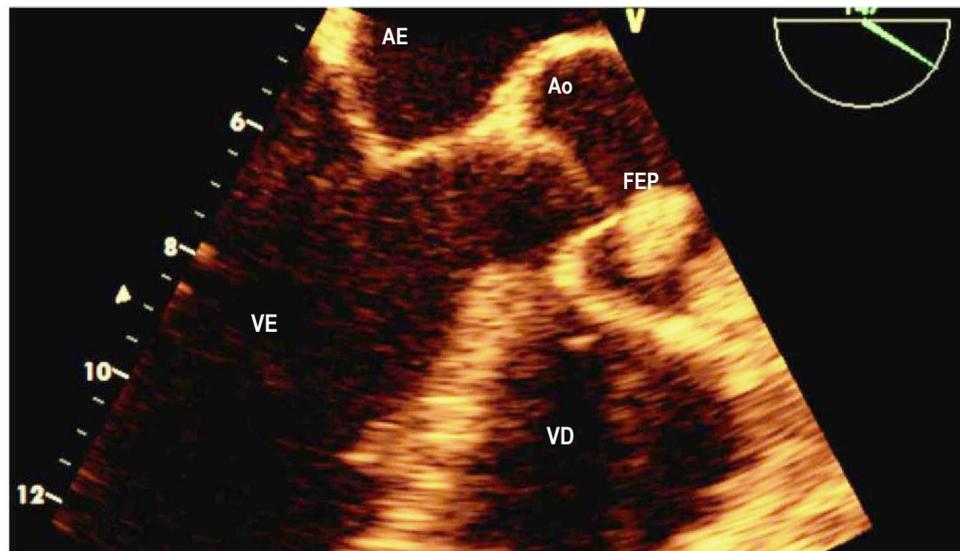


Figura 2 – Ecocardiograma transesofágico. AE: átrio esquerdo; Ao: aorta; VE: ventrículo esquerdo; VD: ventrículo direito; FEP: fibroelastoma papilífero.

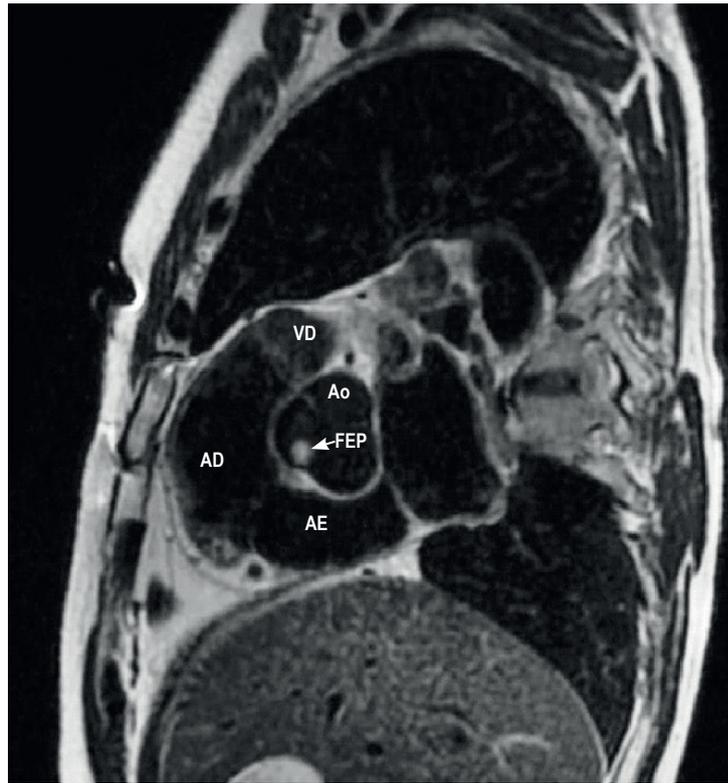


Figura 3 – Ressonância magnética cardíaca. AE: átrio esquerdo; AD: átrio direito; VD: ventrículo direito; Ao: aorta; FEP: fibroelastoma papilífero.

Habitualmente é identificada como uma massa móvel, com dimensões que podem variar entre 2 a 28 mm, porém em raros casos (1%) atinge dimensões maiores que 20 mm^{2,5}. No presente caso, suas dimensões descritas foram ainda menores.

Sua etiopatogenia ainda não está bem definida e várias hipóteses são discutidas: origem trombótica, traumática ou neoplásica; entretanto, a mais aceita atualmente é de que seja originada das excrescências de Lambl⁷.

Ocorre em qualquer faixa etária, sendo mais comum a partir dos 40 anos. Na maioria das vezes é assintomática, porém pode se acompanhar de manifestações inespecíficas, tais como: dor torácica, dispneia, síncope e mais raramente morte súbita⁸.

O nosso caso demonstra perfil epidemiológico semelhante ao da literatura, tanto na sua localização quanto na sua forma de apresentação^{2,9}.

As complicações descritas são fonte de preocupação ante o achado do FEP, sobretudo aquelas relacionadas aos fenômenos embólicos, sejam eles periféricos, sejam centrais. Tais eventos dependem do seu tamanho, mobilidade e localização, além do potencial deflagrador da agregação plaquetária^{2,5}, e incluem: IAM, acidentes vasculares encefálicos, AIT, isquemia mesentérica e renal.

Especificamente nos tumores localizados na valva aórtica, observam-se complicações tais como morte súbita e IAM². Outros achados inespecíficos também podem estar presentes, como arritmias atriais e aumento das câmaras cardíacas.

O diagnóstico ecocardiográfico apresenta sensibilidade de 88,9% e especificidade de 87,8%^{2,6,8}, especialmente nos casos de tumores de maiores dimensões. O achado característico é de uma massa semelhante a uma “anêmona do mar”, com múltiplas ramificações presas por um pedículo ao endocárdio. O ecocardiograma transtorácico pode ser uma opção quando não se conseguem definir adequadamente as dimensões ou a localização pelo método transtorácico.

Outros métodos diagnósticos incluem a RNM, que permite uma melhor definição morfológica do tumor e suas relações anatômicas, aumentando o grau de suspeição quando se utilizada a técnica do realce¹⁰. A cineangiocoronariografia é um método adicional utilizado para a estratificação das lesões coronarianas associadas, e a ultrassonografia intracoronariana permite a distinção entre doença aterosclerótica de outras alterações trombóticas. Não há técnicas de imagem que permitam o diagnóstico definitivo, sendo esse determinado pela análise anatomopatológica do tumor.

O paciente descrito evoluiu com quadros sucessivos de IAM associados a complicações trombóticas, que devem estar relacionados à doença aterosclerótica, não podendo, no entanto, excluir-se a possível contribuição do FEP na etiologia desses eventos, tendo em vista a relação íntima do tumor com o óstio das coronárias. O diagnóstico definitivo, no entanto, não foi possível, visto que a equipe médica assistente optou pelo tratamento conservador, considerando as condições clínicas do paciente.

O diagnóstico diferencial do FEP é extenso e inclui outros tumores cardíacos (mixoma, lipoma), vegetações, trombos, tecido de degeneração valvar e a própria excrescência de Lambl.

O tratamento de escolha para os pacientes sintomáticos e com complicações associadas é a ressecção cirúrgica. Já para os assintomáticos, a conduta de eleição ainda é indefinida, mas deve se basear no tamanho, na localização e, especialmente, na mobilidade que consitui fator independente de complicações graves^{2,6,8}.

O procedimento é curativo na maioria dos casos, com ressecção feita na base de implantação com vistas a evitar recidivas; ou substituição da valva se o reparo não for possível. Os pacientes não submetidos a cirurgia devem permanecer em anticoagulação plena, embora de eficiência incerta^{6,8}.

Conclusão

O fibroelastoma papilífero é uma condição clínica extremamente rara em nosso meio, de diagnóstico frequentemente incidental. Embora de natureza benigna e de ocorrência predominantemente assintomática,

sua importância clínica baseia-se na ocorrência de possíveis complicações embólicas, em razão da alta morbimortalidade associada. Nesse contexto, torna-se uma hipótese a ser investigada em pacientes com eventos coronarianos e/ou cerebrovasculares de etiologia desconhecida.

Embora careça de confirmação por métodos coronarianos invasivos e anatomopatológicos, relatamos a ocorrência de FEP em paciente com episódios prévios de IAM, ressaltando a importância da associação desses eventos. O tratamento cirúrgico é a opção de eleição, embora não realizada no caso em questão, por decisão conjunta da equipe multidisciplinar.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Vieira TA, Negreiros SBC, Sousa DWS. Obtenção de dados: Vieira TA, Negreiros SBC, Sousa DWS. Análise e interpretação dos dados: Vieira TA, Negreiros SBC, Sousa DWS.

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.

Referências

1. Reynen K. Frequency of primary tumors of the heart. *Am J Cardiol*. 1996;77(1):107.
2. Gowda RM, Khan IA, Nair CK, Mehta NJ, Vasavada BC, Sacchi TJ. Cardiac papillary fibroelastoma: a comprehensive analysis of 725 cases. *Am Heart J*. 2003;146(3):404-10.
3. Fabricius AM, Heidrich L, Gutz U, Mohr FW. Papillary fibroelastoma of the tricuspid valve chordate with a review of the literature. *Cardiovasc J S Afr*. 2002;13(3):122-4.
4. Sun JP, Asher CR, Yang XS, Cheng GG, Scalia GM, Massed AG, et al. Clinical and echocardiographic characteristics of papillary fibroelastomas: a retrospective and prospective study in 162 patients. *Circulation*. 2001;103(22):2687-93.
5. Law KB, Phillips KR, Cusimano RJ, Butany J. Multifocal "tapete" papillary fibroelastoma. *J Clin Pathol*. 2009;62(12):1066-70.
6. Mariscalco G, Bruno VD, Borsani P, Dominici C, Sala A. Papillary fibroelastoma: insight to a primary cardiac valve tumor. *J Card Surg*. 2010;25(2):198-205.
7. Saxena P, Konstantinov IE, Lee A, Newman MA. Papillary fibroelastoma of aortic valve: early diagnosis and surgical management. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;133(3):849-50.
8. Oliveira SFM, Dias RR, Fernandes F, Stolf N A G, Mady C, Oliveira SA. Cardiac papillary fibroelastoma: experience of an institution. *Arq Bras Cardiol* 2005;85(3):205-7.
9. Chryssagis K, Liangos A, Westhof F, Batz G, Diegeler A. Transesophageal echocardiography for detection of a papillary fibroelastoma of the aortic valve. *Hellenic J Cardiol*. 2010;51(2):170-4.
10. Fujita N, Caputo GR, Higgins CB. Diagnosis and characterization of intracardiac masses by magnetic resonance imaging. *Am J Card Imaging*. 1994; 8 (1):69-80.