

Mixoma Atrial Esquerdo Envolvendo Manifestações Multissistêmicas em Paciente Idosa

Left Atrial Myxoma Involving Multisystemic Manifestations in an Elderly Female Patient

Vanessa de Assis Reis¹, Bruno Oliveira Isabella¹, Marcelo Loula Novais de Paula¹, Ana Terra Fonseca Barreto¹

Hospital Ana Nery, Universidade Federal da Bahia,¹ Salvador, BA, Brasil.

Resumo

Os mixomas atriais podem evoluir de forma assintomática ou se apresentar com manifestações sistêmicas. O ecocardiograma é um exame complementar eficaz em diagnosticar tal patologia. A cirurgia cardíaca representa o tratamento definitivo e, quando realizada no momento preciso, pode evitar complicações relacionadas ao crescimento e embolização tumoral. É descrito o caso de uma paciente idosa de alto risco cardiovascular, admitida por infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST em unidade cardiológica, com evolução para choque cardiogênico, tendo esse contexto contribuído para baixa suspeição inicial de tumor cardíaco.

Introdução

Mixomas atriais correspondem a 50% dos tumores benignos cardíacos. Em geral, cursam com sintomas inespecíficos, o que colabora para o diagnóstico tardio ou incidental. Podem acometer qualquer faixa etária, porém predominam entre mulheres dos 30 aos 50 anos.¹

As manifestações clínicas dependem, na maioria das vezes, do tamanho, da localização e da arquitetura do tumor.² Os pacientes sintomáticos podem se apresentar com sintomas cardíacos (obstrução mecânica atrioventricular, coronariana e distúrbios de condução), embólicos e constitucionais (febre, calafrios, perda ponderal e alterações hematológicas).¹⁻⁴ O presente caso tem por objetivo ilustrar o processo diagnóstico e as manifestações multissistêmica de mixoma atrial esquerdo em paciente idosa.

Relato de caso

Trata-se de mulher idosa, 73 anos, que procurou o pronto-socorro por dor torácica típica, associada a desconforto respiratório. O Eletrocardiograma (ECG) da admissão do pronto-socorro evidenciou supradesnivelamento do segmento ST inferior, KILLIP II (Figura 1A). Foi trombolisada dentro de aproximadamente 4 horas com alteplase, apresentando melhora da dor e do supradesnivelamento ao ECG. Seis horas após o

evento, foi transferida para hospital de referência em cardiologia para estratificação invasiva, que evidenciou estenose de 25% no terço proximal da coronária descendente anterior, 25% no terço médio da coronária direita, lesões entre 75% a 90% de obstrução ostial em primeiro diagonal e oclusão no terço distal do ramo descendente posterior de moderada importância, porém de fino calibre (Figuras 1B e 1C). A ventriculografia esquerda mostrava hipocontratibilidade inferomedial. Dessa forma, optado por manter tratamento clínico para doença coronariana aguda tendo em vista lesão obstrutiva distal.

Foi realizado EcoDopplercardiograma (ECO) transtorácico 3 dias após o infarto, o qual, além de mostrar função sistólica do Ventrículo Esquerdo (VE) preservada (fração de ejeção 70%), sem disfunção segmentar, evidenciou massa de ecogenicidade heterogênea, aderida ao septo interatrial, que media 6x3,5cm, determinando obstrução discreta de fluxo anterógrado transmitral (gradiente médio 4mmHg) (Figura 2).

Nesse mesmo dia, durante deambulação, apresentou hipotensão sintomática com melhora espontânea. No dia seguinte, houve recidiva dos sintomas, porém mais pronunciados, com baixo débito cardíaco e necessidade de volume e droga vasoativa. Exame físico na ocasião revelou sopro diastólico em foco mitral, grau 4/6, crepitos discretos em terço inferior de ambos os pulmões e extremidades aquecidas. Não tolerou retirada de droga vasoativa nos 3 dias subsequentes, mantendo hipotensão mesmo em repouso.

Diante da repercussão hemodinâmica, foi indicada cirurgia cardíaca de urgência para exérese de massa atrial esquerda. No ato cirúrgico, notou-se grande tumoração em átrio esquerdo (4x5cm), de aspecto gelatinoso, que se fragmentava facilmente (Figura 2D). Análise histopatológica confirmou mixoma.

No segundo dia pós-operatório, percebeu-se hemiplegia direita e bradipsiquismo. A tomografia do crânio revelou a hipodensidade no hemisfério cerebelar esquerdo com efeito de massa obliterando cisterna mesencefálica e IV ventrículo, tendo sido confirmada cronologia aguda do evento em ressonância de encéfalo. O ultrassom Doppler de carótidas e vertebrais apresentava apenas espessamento médio-intimal carotídeo. Nos dias subsequentes, apresentou melhora dos défices neurológicos, recebeu alta em boa condição clínica e manteve-se assintomática em seguimento ambulatorial de 1 mês.

Discussão

Os mixomas são conhecidos por manifestações clínicas diversas que podem incluir sintomas obstrutivos, constitucionais e embólicos. Contudo, em apenas 5,7% dos casos, sua suspeição diagnóstica é levantada, pois frequentemente os mixomas

Palavras-chave

Mixoma; Diagnóstico; Ecocardiograma.

Correspondência: Ana Terra Fonseca Barreto •

Saldanha Marinho, s/n - Caixa D'água, Salvador - BA, 40301-155

E-mail: anaterrafbarreto@yahoo.com.br

Artigo recebido em 14/2/2020; revisado em 2/3/2020; aceito em 31/3/2020

DOI: 10.47593/2675-312X/20203304eabc86



Relato de Caso

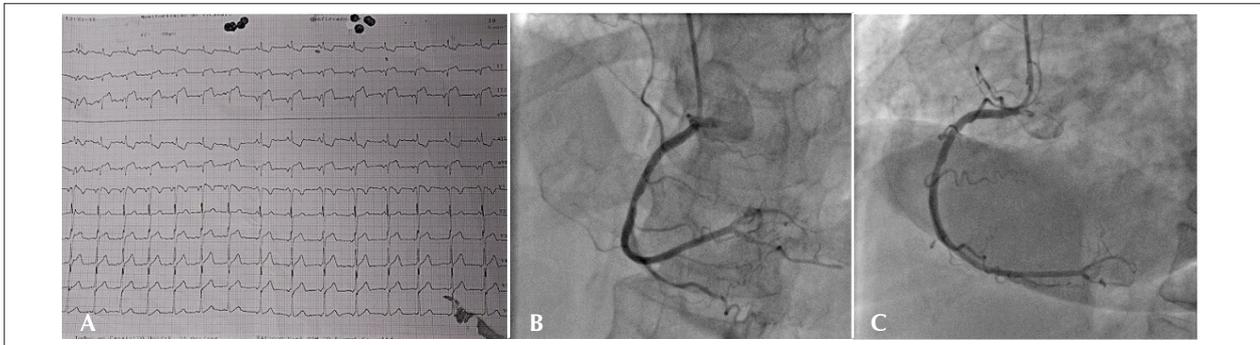


Figura 1 – (A) Eletrocardiograma de 12 derivações, evidenciando supradesnivelamento de ST acometendo da parede inferior. (B) Projeção mostrando lesão de 25% em terço médio da coronária direita e oclusão distal da descendente posterior. (C) Projeção oblíqua esquerda mostrando lesão de 25% em terço médio da coronária direita e oclusão distal da descendente posterior.

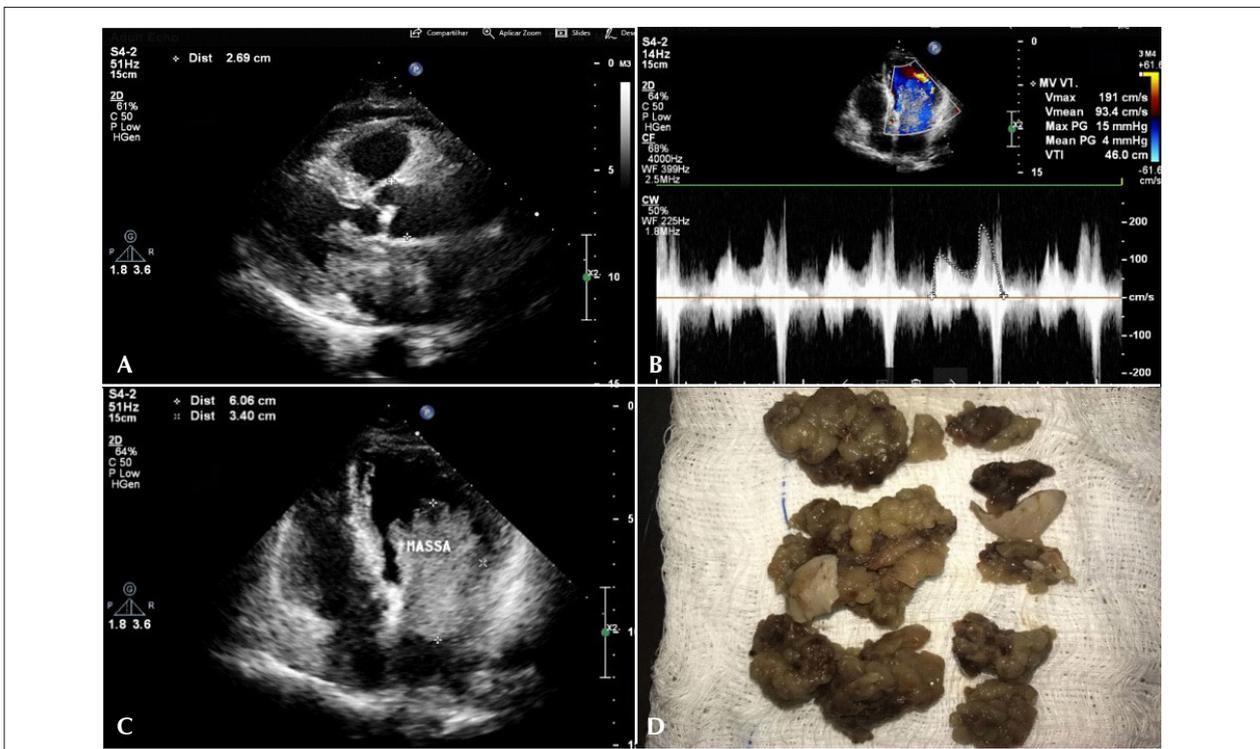


Figura 2 – (A) Ecocardiograma transtorácico em corte paraesternal eixo longo, evidenciando massa aderida à fossa oval. (B) Ecocardiograma transtorácico mostrando obstrução da via de entrada do ventrículo esquerdo. (C) Ecocardiograma transtorácico em corte apical quatro câmaras mostrando massa do átrio esquerdo sugestiva de mixoma com extensão diastólica para o ventrículo esquerdo. (D) Vista do mixoma cardíaco após sua excisão.

evoluem assintomáticos e, quando os sintomas descritos acima se manifestam, são frequentemente confundidos com diversas condições.⁴⁻⁶ O *misdiagnosis* inicial ocorreu no presente caso: a conjunção de fatores de risco cardiovasculares, a apresentação clínica típica e o diagnóstico anatômico de obstrução coronariana aguda fizeram o mixoma mimetizar doença arterial coronariana como etiologia do infarto.

O retardo diagnóstico foi favorecido pela realização do ECO decorridos 3 dias do infarto. Tal fato mostra a relevância desse método, de baixo custo e de fácil acesso, que frequentemente não é realizado de forma célere após síndrome coronária aguda, mesmo em centro de referência em cardiologia. O ECO

geralmente é o exame inicial utilizado para avaliação da massa cardíaca. Esse método traz informações relevantes para definição da estratégia cirúrgica, como mobilidade e repercussão de fluxos intracavitários, além da origem da massa e sua extensão.⁷

Em análise retrospectiva, as lesões coronarianas da paciente em questão não justificariam de forma satisfatória a apresentação do infarto Killip II, sendo provável a contribuição da obstrução do enchimento ventricular esquerdo como causa da congestão no diagnóstico do infarto. Possivelmente, as lesões da primeira diagonal e a oclusão distal do ramo descendente posterior foram decorrentes de embolia coronariana relacionada ao tumor. Manifestações embólicas

coronarianas são consideradas muito raras, e a coronária direita é descrita como mais acometida pela orientação do seu óstio em relação ao fluxo aórtico.⁸

O evento neurológico agudo, em mais de um território, provavelmente foi secundário à embolia do mixoma durante manipulação operatória, visto que apresentava-se extremamente friável. Ressalta-se que sinais clínicos de isquemia cerebral são encontrados em 30% a 50% dos mixomas cardíacos sintomáticos,⁹ podendo se apresentar com déficits agudos, como no presente caso, porém, podem ainda ter apresentação mais tardia, decorrente de aneurisma cerebral induzido por mixoma e metástase mixomatosa.⁶ Acrescenta-se que mixomas de aspecto globoso se apresentam com sintomas de insuficiência cardíaca por redução do enchimento ventricular. Os tumores de aspecto papilífero, por sua vez, se associam com a síndrome de tromboembolia cerebral.¹⁰

No presente relato, a pronta indicação cirúrgica reduziu o risco de repetidas complicações obstrutivas e embólicas. Deve-se destacar que a remoção cirúrgica dos mixomas é o tratamento de escolha, geralmente em caráter eletivo. Na presença de complicações embólicas ou insuficiência cardíaca, indica-se cirurgia de urgência.²

Conclusão

Os mixomas atriais podem se apresentar com manifestações obstrutivas e embólicas, conferindo pior prognóstico. O ecocardiograma, exame acessível e de baixo custo, é essencial na investigação dessa patologia. No presente caso, as manifestações multissistêmicas denotavam a gravidade do caso. A identificação precoce do tumor e sua pronta exérese estão relacionadas à redução de complicações.

Referências

1. El Sabbagh A, Al-Hijji MA, Thaden JJ, Pislaru SV, Pislaru C, Pellikka PA, et al. Cardiac Myxoma: The Great Mimicker. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2017;10(2):203-206. doi: 10.1016/j.jcmg.2016.06.018
2. Spartalis M, Tzatzaki E, Spartalis E, et al. Atrial Myxoma Mimicking Mitral Stenosis. *Cardiol Res*. 2017; 8(3): 128-130. doi: 10.14740/cr558w
3. Zhang RD, Zeng ZH, Zheng JY, Li TD, Zhao YQ, Liu YH, et al. Left atrial myxoma complicated with multi-system embolization. *J Cardiothorac Surg*. 2017;12(1):76. doi: 10.1186/s13019-017-0640-2
4. Pinede L, Duhaut P, Loire R. Clinical presentation of left atrial cardiac myxoma. A series of 112 consecutive cases. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80(3):159-72. doi: 10.1097/00005792-200105000-00002
5. Kalçık M, Bayam E, Güner A, Kıp A, Kalkan S, Yesin M, et al. Evaluation of the potential predictors of embolism in patients with left atrial myxoma. *Echocardiography*. 2019;36(5):837-843. doi: 10.1111/echo.14331
6. Yuan SM, Humuruola G. Stroke of a cardiac myxoma origin. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2015;30(2):225-34. doi: 10.5935/1678-9741.20150022
7. Poterucha TJ, Kochav J, O'Connor DS, Rosner GF. Cardiac Tumors: Clinical Presentation, Diagnosis, and Management. *Curr Treat Options Oncol*. 2019;20(8):66. doi: 10.1007/s11864-019-0662-1
8. Bartolomucci F, Tito A, Navarese EP, Iacovelli F, Mele M, Larosa C, et al. STEMI and NSTEMI ACS in a 30-Year-Old Patient: An Extremely Rare Complication of a Left Atrial Myxoma. *Heart Surg Forum*. 2017 Jun 30;20(3):E116-E118. doi: 10.1532/hsf.1607.
9. Wen XY, Chen YM, Yu LL, Wang SR, Zheng HB, Chen ZB, et al. Neurological manifestations of atrial myxoma: A retrospective analysis. *Oncol Lett*. 2018 Oct;16(4):4635-4639. doi: 10.3892/ol.2018.9218
10. Ferreira MC, Pott JH. Mixoma Cardíaco: Patologia e Correlação Clínica em Material de Ressecção Cirúrgica. *Arq Med*. 2009;23(5):177-80.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais

Os autores declaram que, para esta investigação, não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados

Os autores declaram ter seguido os protocolos de seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes e que todos os pacientes incluídos no estudo receberam informações suficientes e deram seu consentimento informado por escrito para participar deste estudo.

Direito à privacidade e consentimento escrito

Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência está na posse deste documento.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Reis VA e Barreto ATF; Obtenção de dados: Reis VA e Barreto ATF; Análise e interpretação de dados: Reis VA; Barreto ATF; Isabella BO e Paula MLN; Redação do manuscrito: Reis VA; Barreto ATF; Isabella BO e Paula MLN; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual: Reis VA; Barreto ATF; Isabella BO e Paula MLN.

Conflito de interesses

Os autores declaram não terem conflitos de interesse.