

# Mixoma gigante em átrio esquerdo - Relato de caso

## *Giant myxoma in the left atrium - Case report*

Marcos de Paula VALE<sup>1</sup>, Adalberto FREIRE SOBRINHO<sup>2</sup>, Marcos Vinícius SALES<sup>3</sup>, Marianna Meirelles TEIXEIRA<sup>4</sup>, Karine Chaves CABRAL<sup>5</sup>

RBCCV 44205-986

### *Resumo*

Paciente de 63 anos, sexo feminino, com história de dispnéia, palpitação e precordialgia foi submetida a avaliação cardiológica. Ao exame físico mostrava-se sem anormalidades. O ecocardiograma mostrou grande massa em átrio esquerdo, sugerindo mixoma; confirmado pela tomografia e cateterismo. A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, com boa evolução pós-operatória. O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de mixoma. Neste artigo é apresentada revisão bibliográfica, bem como comentários enfatizando-se a dificuldade diagnóstica baseada nos sinais e sintomas, assim como o desenvolvimento de derrame pleural bilateral no pós-operatório, possivelmente relacionado ao mixoma.

**Descritores:** Mixoma/diagnóstico. Mixoma/cirurgia. Neoplasias cardíacas/cirurgia. Mixoma/complicações.

### *Abstract*

In this study is reported the case of a 63-year-old-woman with history of dyspnea, palpitations, and precordial pain who underwent cardiologic evaluation. The physical examination did not reveal abnormalities. The echocardiogram showed great mass in the left atrium, suggesting myxoma which was confirmed by tomography and catheterization. The patient underwent surgical treatment with a good postoperative evolution. The diagnosis of myxoma was confirmed by histopathologic study. In this study is included a bibliographic review and a comment emphasizing the diagnostic difficulty based on signs and symptoms, as well as the details about the development of bilateral pleural effusion possibly related to the myxoma.

**Descriptors:** Myxoma/diagnosis. Myxoma/surgery. Heart neoplasms/surgery. Myxoma/complications.

1. Membro especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular; Cirurgião Cardiovascular nos Hospitais Evangélico de Belo Horizonte, Luxemburgo, Universitário São José e Vila da Serra.
2. Cirurgião Cardiovascular nos Hospitais Evangélico de Belo Horizonte, Luxemburgo, Universitário São José e Vila da Serra.
3. Médico Cardiologista do Hospital Luxemburgo.
4. Médica Residente em Cirurgia Geral do Hospital Universitário São José.
5. Enfermeira do Hospital Luxemburgo.

Trabalho realizado no Hospital Luxemburgo (Fundação Mario Pena), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Endereço para correspondência: Dr. Marcos de Paula Vale. Rua Bernardo Guimarães 3080/102; Barro Preto - Belo Horizonte, MG - Brasil  
E-mail: marcos.vale@terra.com.br

Artigo recebido em 14 de março de 2008  
Artigo aprovado em 29 de abril de 2008

## INTRODUÇÃO

Tumores intracardíacos primários são condições raras. Cerca de 75% destes são benignos, sendo aproximadamente 50% mixomas. Os sintomas são atípicos e muito variáveis. De acordo com o tamanho e a localização dos tumores, os pacientes apresentam-se desde assintomáticos até cursando com quadro de congestão pulmonar, podendo apresentar morte súbita por fenômenos tromboembólicos. No presente relato, apresentamos um caso de uma paciente oligossintomática, submetida a propedêutica cardiológica, que evidenciou grande lesão intra-atrial esquerda, sendo, então, submetida a ressecção cirúrgica da mesma. O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de mixoma. A paciente desenvolveu derrame pleural no pós-operatório, possivelmente relacionado à lesão.

## RELATO DE CASO

Paciente de 63 anos, sexo feminino, foi submetida a avaliação cardiológica em decorrência de dispnéia aos médios esforços, palpitação e precordialgia leve. Ao exame, a paciente apresentava-se normotensa, com frequência cardíaca normal, bulhas rítmicas e normofonéticas, sem sopros. O eletrocardiograma era normal. A radiografia tórax mostrava discreto aumento da área cardíaca. Não relatava doenças preexistentes e não fazia uso regular de medicamentos. Foi submetida a ecocardiograma que mostrou grande massa em átrio esquerdo, caracterizada na tomografia computadorizada como uma grande lesão expansiva ovóide, medindo 6,2 x 5,0 x 4,5 cm, obstruindo grande parte da cavidade do átrio esquerdo, com densidade ligeiramente menor que a do músculo cardíaco.

O cateterismo mostrou grande imagem negativa em átrio esquerdo (Figura 1), além de artérias coronárias normais, ventrículo esquerdo com contratilidade preservada e hipertensão venocapilar e arterial pulmonar leves.

A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico com auxílio de circulação extracorpórea (CEC). Após esternotomia mediana, canulação de aorta e veias cavas, pinçamento aórtico e infusão de solução cardioplégica sanguínea normotérmica em raiz de aorta foi realizada atriotomia esquerda, visualizando-se grande massa tumoral móvel, clara, de consistência gelatinosa, friável com implantação pediculada no septo interatrial alto. A lesão foi ressecada, procurando-se evitar sua fragmentação, sendo a região de sua implantação submetida a eletrocauterização. A saída de CEC procedeu-se de modo rotineiro, após o retorno espontâneo dos batimentos cardíacos.

O material ressecado foi enviado para estudo anatomopatológico, que revelou tratar-se de massa nodular lisa, branco-pardacenta, medindo 8,0 x 5,5 x 4,0 cm, com a microscopia revelando a presença de células estreladas e

globosas, dispostas em estroma mixóide, sem atipias importantes e com vascularização regular. A paciente recebeu alta do CTI no 2º dia e alta hospitalar no 16º dia pós-operatório, tendo apresentado como intercorrência apenas o aparecimento de derrame pleural bilateral no 9º dia de pós-operatório, necessitando de toracocentese de alívio com boa evolução. O ecocardiograma de controle pós-operatório mostrou ausência de massas atriais, átrio esquerdo com diâmetro dentro dos limites da normalidade e função sistólica biventricular normal (Figura 2).



Fig. 1 - Cateterismo: mixoma atrial gigante em átrio esquerdo

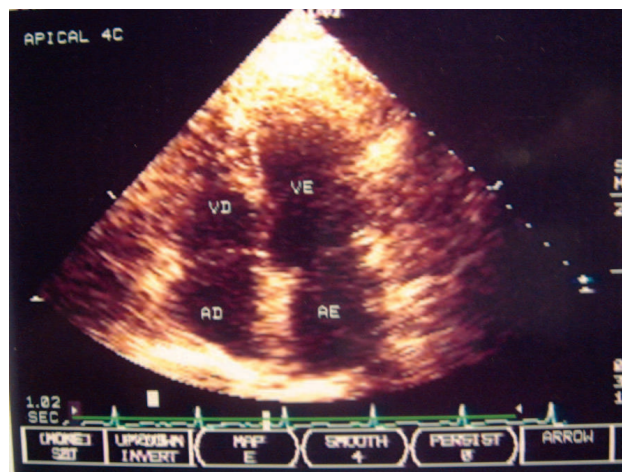


Fig. 2 - Ecocardiograma no 20º dia de pós-operatório

## DISCUSSÃO

Dentre os tumores primários do coração, os mixomas são os mais frequentes e representam cerca de 50% dos tumores benignos [1]. Mixomas são tumores verdadeiros, com exame ultra-estrutural sugerindo tratar-se de estruturas que nascem de células mesenquimais multipotenciais com derivação endotelial. Embora, sob o ponto de vista histológico, se apresentem com características de benignidade, devido à sua localização podem apresentar evolução desfavorável, caracterizada por fenômenos tromboembólicos, podendo inclusive levar à morte súbita [2].

Localizam-se no átrio esquerdo (AE) em torno de 75% dos casos [2], onde se apresentam, quase sempre, com sinais e sintomas de doença da valva mitral ou de eventos tromboembólicos. Podem ainda originar-se em outros locais, como aorta, artéria pulmonar, ventrículos, veias cavas ou mesmo em outros órgãos [3].

Em cerca de 50% dos casos, o tumor nasce pediculado ao septo interatrial, porém pode ter múltiplos focos ou ainda envolver tecido valvar. A localização, tamanho e mobilidade dos tumores determinam as manifestações clínicas [4]. Os métodos propedêuticos utilizados no diagnóstico dos mixomas intracardíacos variaram ao longo de décadas. Antes do advento da ecocardiografia, os mixomas atriais eram suspeitados em pacientes que apresentavam sinais clínicos de estenose mitral, com pouco tempo de evolução, sem história prévia de doença reumática, com ritmo sinusal, porém com murmúrio diastólico ou dispnéia (que podiam variar na posição supina), sendo encaminhados a cirurgia, com o diagnóstico sendo então estabelecido.

Hoje, podemos contar com a ecocardiografia, inclusive com a ecocardiografia tridimensional, empregando transdutores transesofágicos, com melhor definição estrutural cardíaca, podendo ser utilizada tanto no pré quanto no per-operatório [5]. A primeira tentativa de ressecção cirúrgica foi feita por Bahnson e Newman, em 1952, sendo a primeira ressecção bem sucedida realizada por Crafoord, em 1954. Geralmente, o tratamento cirúrgico é definitivo e a recidiva é incomum.

No presente relato, encontramos um caso de diagnóstico difícil, pela pequena magnitude de sinais e sintomas. A paciente era oligossintomática, com início recente de dispnéia aos médios esforços, palpitação e precordialgia

leves. O diagnóstico foi estabelecido por meio de métodos de imagem (ecocardiograma, tomografia computadorizada e cateterismo cardíaco - este último realizado também para estudo coronariográfico devido à queixa de precordialgia), e revelou tratar-se de um mixoma de grandes dimensões. A paciente foi submetida a cirurgia, sem intercorrências, e o estudo anatomopatológico confirmou tratar-se de mixoma. Apresentou no pós-operatório, como intercorrência, derrame pleural bilateral, uma associação rara, porém descrita, possivelmente relacionada ao mixoma [6].

## REFERÊNCIAS

1. Lammer RJ, Bloor CM. Pathology of cardiac tumors. In: Kapoor AS, ed. Cancer of the heart. New York:Springer-Verlag;1986.
2. Bjessmo S, Ivert T. Cardiac myxoma: 40 year's experience in 63 patients. *Ann Thorac Surg.* 1997;63(3):697-700.
3. Stolf NAG, Benício A, Moreira LFP, Rossi E. Mixoma de átrio direito com origem na veia cava inferior: uma localização rara com implicações diagnósticas e terapêuticas. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2000;15(3):255-8.
4. Centofanti P, Di Rosa E, Deorsola L, Dato GM, Patanè F, La Torre M, et al. Primary cardiac tumors: early and late results of surgical treatment in 91 patients. *Ann Thorac Surg.* 1999;68(4):1236-41.
5. Vieira MLC, Ianni BM, Mady C, Encinas J, Pommerantzeff PMA, Fernandes PP, et al. Mixoma de átrio esquerdo. Avaliação ecográfica tridimensional. *Arq Bras Cardiol.* 2004;82(3):281-3.
6. Meira EBS, Camacho RG, Meira DBS, Povoá R, Kassab KK, Anijar AM, et al. Mixoma de átrio esquerdo associado a derrame pleural. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2000;15(3):259-62.