

Mixoma atrial esquerdo. Diagnóstico por angiografia digital. Relato de caso

*Celso Ferreira, Rui Póvoa, Hélio Korkes, Enio Buffolo, Eduardo Noda Kihara,
Celso Ferreira Filho, Josef Fehér*

Portador de volumoso mixoma, localizado no átrio esquerdo, apresentava febre, sintomas de descompensação cardíaca e a propedêutica simulava estenose mitral pura. Foi submetido a diferentes exames laboratoriais, entre os quais à venticulografia com pirofosfato de tecnécio, ecocardiografia e angiografia digital.

Os três métodos demonstraram o mixoma, contudo, de modo preciso a ecocardiografia e angiografia digital.

O diagnóstico de tumor cardíaco primário foi feito pela primeira vez por Columbus, em 1559 ^{apud 1,2}, seguindo-se por Zollicoferus, em 1685^{apud 3}, Bonetti 1700 ^{apud 4} e Morgani 1762 ^{apud 4}. A primazia do diagnóstico em vida cabe a Barnes e col. em 1934 ⁵. A incidência em necropsias, conforme Prichard ⁶ e Silverman ⁷, varia entre 0,03 a 0,1%.

Até que interfiram na função cardíaca, os sintomas são incharacterísticos e tanto os tumores benignos quanto os malignos e metastáticos ocasionam manifestações indistinguíveis.

Por simularem lesões valvares, numerosos casos de tumores ou trombos do átrio esquerdo têm sido confundidos com estenose mitral ².

Os modernos métodos de diagnóstico e os procedimentos cirúrgicos em cardiologia transformaram os tumores primitivos do coração de condição raramente diagnóstica antes da necropsia, em moléstias cardíacas potencialmente curáveis ⁶. É imperativo, no entanto, que o médico reconheça estas lesões apesar da raridade, já que 75 a 80% são benignas, segundo Prichard ⁶ e Bulkley ⁸. Portanto, aliando-se à baixa mortalidade cirúrgica ao diagnóstico precoce, pode-se obter bons resultados para esses pacientes.

Até 1970, apenas 14% dos casos de tumores primários do coração eram diagnosticados pré-operatoriamente. Dessa época até a atualidade, esse porcentual aumentou para 95%, graças à utilização de métodos de investigação, como o cateterismo cardíaco e a ecocardiografia, principalmente a última por não ser invasiva e apresentar grande sensibilidade ⁹. Na verdade, a cardiologia atual

procura métodos mais eficazes e menos agressivos, que não se excluam mas se complementem. Tais procedimentos são, por sua vez, selecionados para cada objetivo, buscando-se os de maior sensibilidade e especificidade para cada caso particular.

O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso de mixoma do átrio esquerdo, comprovado pela angiografia digital e comparar a eficiência deste método com a de outros, tais como a ecocardiografia modo M, bidimensional e venticulografia por pirofosfato de tecnécio.

Apresentação do caso

Comerciante de 52 anos, branco, natural de Portugal, procedente do município de São Paulo.

Dois meses antes do atendimento apresentou episódio de inflamação de garganta com febre e mal-

estar geral. Foi examinado e recebeu antibióticos com diminuição transitória dos sintomas. A partir desta época, eram constantes: indisposição, falta de ar aos pequenos esforços, tosse seca e períodos de febre. Relatava ainda perda de peso e indisposição geral. Doze dias antes da consulta, uma radiografia mostrou coração aumentado.

Estado geral regular, afebril, corado e ativo. Choque da ponta palpável no 5.º espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, com características normais. Sem frêmito, impulsos do precórdio ou choques valvares palpáveis. Rufflar diastólico + + / + + + +, com reforço pré-sistólico + + / + + + +, 1.º bulha hiperfonética + + / + + + +. Não havia estalido de abertura. Todos os pulsos periféricos normais. Sem

estase jugular. Fígado palpável a 1 cm abaixo da borda costal, na linha hemiclavicular, de consistência normal e indolor. Baço não percutível. O exame dos pulmões e do sistema nervoso eram normais.

Apresentava 4.750.000/mm³ de glóbulos vermelhos, 12,8 g/dl de hemoglobina, 38% de hematócrito, 7.700/mm³ de glóbulos brancos. Velocidade de hemossedimentação 82 mm (1.^a hora). Número de plaquetas 295.000/mm³. Fibrinogênio 360 mg/dl. Tempo de sangramento, 1 min. Atividade de protrombina = 96%. A eletroforese das proteínas plasmáticas revelou: albumina: 3,94 g/dl, α_1 : 0,34 g/dl, α_2 : 0,55 g/dl, β : 0,88 g/dl e γ : 1,09 g/100 dl. Total de proteínas: 6,8 g/100dl. Mucoproteínas: 8,0 mg/dl, creatinina: 1,1 mg/dl. Urina tipo I: normal. Urocultura: negativa. Proteína C reativa: ausente. Quatro hemoculturas: negativas.

Frente às imagens obtidas pela angiocardiografia digital, (fig. 1), tornou-se patente a presença de massa ovóide no átrio esquerdo, sendo possível a visibilização de seu pedículo com inserção no septo interatrial. A angiografia com pirofosfato de tecnécio revelou a presença de massa atrial com excursão para o ventrículo esquerdo, no entanto com visibilização bastante precária (fig. 2). A ecocardiografia modo M e bidimensional permitiu que fosse diagnosticada a massa localizada no átrio esquerdo, a integridade da valva mitral e pelas características, suspeitar da natureza mixomatosa (fig. 3).

Comentários

Com os dados clínicos e laboratoriais apresentados, ficou patente o diagnóstico de mixoma esquerdo e valva mitral normal. Efetivamente essas afirmações foram comprovadas, já que o paciente foi submetido à intervenção cirúrgica, sendo retirada massa de 4,5 x 3,0 x 2,1 cm e o exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico. A comparação dos métodos demonstrou a eficácia da ecocardiografia neste caso, aliada à inocuidade e facilidade de execução, até mesmo à beira do leito. No entanto, são descritas falhas de visibilização de massas intracavitárias representadas por mixomas, neoplasias malignas e trombos. A impedância acústica das lesões pode não diferir suficientemente daquela do sangue ou do endocárdio, para condicionar reflexão adequada do ultra-som e permitir a sua detecção.

O aparecimento de massas atriais ou ventriculares pode interferir com a própria identificação da causa da cardiopatia, dado que pode simular trombo atrial em valvopatia. Mixomas atriais, por exemplo, podem condicionar padrões ecocardiográficos atípicos, inclusive simulando deformidade reumática da valva ou mesmo ruptura de cordoalha. Além disso, massas intracardíacas podem estar localizadas em posição inacessível às técnicas correntes de estudo ecocardiográfico¹⁰. Tendo em vista a importância do diagnóstico precoce, justifica-se a utilização

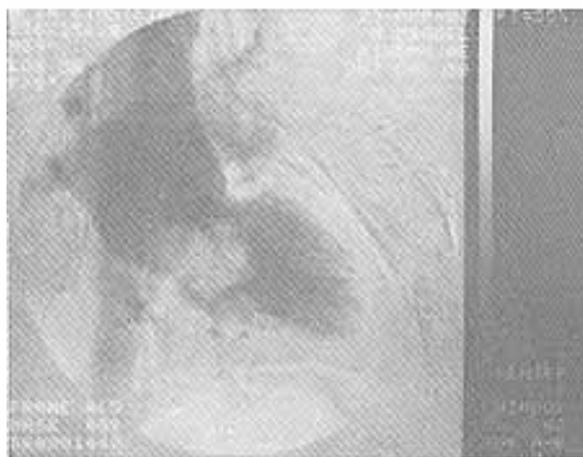


Fig. 1 - Angiografia digital de portador de mixoma do átrio esquerdo. Acima, o ventrículo em sístole com falha de enchimento decorrente da presença do mixoma no átrio esquerdo. Abaixo, ventrículo em diástole observando-se a presença da imagem ultrapassando o anel atrioventricular e posicionando-se no ventrículo.

de métodos propedêuticos concorrentes que aumentem a sensibilidade e a especificidade, buscando a terapêutica curativa.

A angiografia digital mostrou ser método eficaz no diagnóstico precoce de mixoma de átrio esquerdo. Associando a eficácia à ausência de complicações, torna-se óbvia sua importância para o diagnóstico de massas cardíacas, muitas vezes inacessíveis às técnicas ecocardiográficas. A angiografia digital mostrou-se, no presente caso, um método mais eficaz que a ventriculografia realizada pelo pirofosfato de tecnécio e a ecocardiografia modo M, e comparável a ecocardiografia bidimensional para o diagnóstico de mixoma de átrio esquerdo.

Summary

A case of left atrial myxoma was presented. The clinical features included fever, symptoms and signs of heart failure, simulating pure mitral stenosis.

The patient was submitted to digital angiocar-

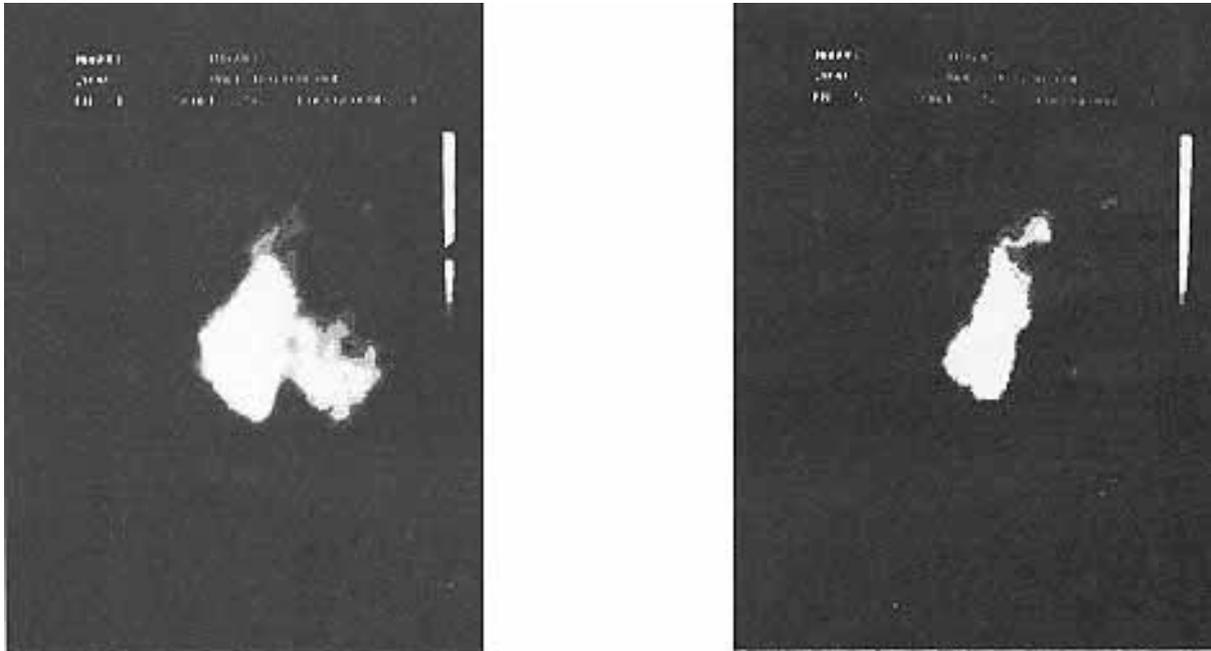


Fig. 2 - Angiografia com pirofosfato de tecnécio de portador de mixoma de átrio esquerdo. À esquerda, falha de enchimento decorrente da presença do mixoma na região do átrio esquerdo. À direita, a falha de enchimento em posição que corresponde ao ventrículo esquerdo.

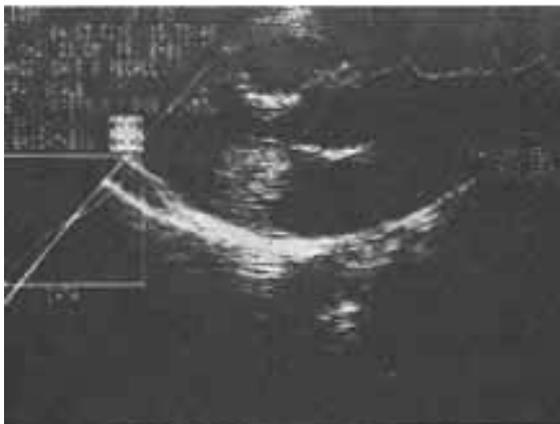
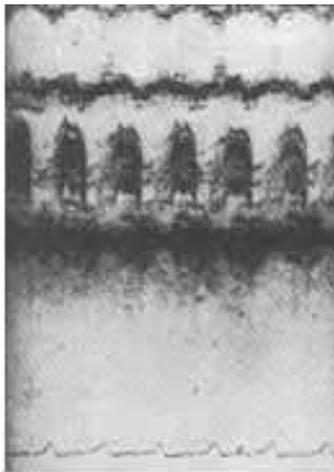


Fig. 3 - Ecocardiograma modo M e bidimensional de portador de mixoma de átrio esquerdo. Acima, ecocardiograma modo M mostrando a valva mitral, durante a diástole, com ecos em seu interior. Abaixo, ecocardiograma bidimensional mostrando a imagem do mixoma no anel atrioventricular.

diography and noninvasive techniques, such as echocardiography and radioactive imaging with technetium pyrophosphate. The tumor was demonstrated by three methods, but the most accurate were echocardiography and digital angiocardiology. The latter method has been shown to be effective in diagnosing cardiac tumors. It should be born in mind that echocardiography, on rare occasions may fail to diagnose the tumor.

Referências

1. Columbus, M. R. - De re anatomica, Libri , XV, Paris, 1562, p. 482. Apud Hurst - O Coração, Artéria e Veias. 3.^a ed. Guanabara Koogan, 1977. Vol. II, p. 1319.
2. Fletcher, F. W. - Primary cardiac tumors. a Review of cases at the State University of Iowa Hospitals since 1950. J. Iowa M. Soc. 53: 545, 1963.
3. Beck, C. S.; Thatcher, H. S. - Spindle cell sarcoma of the heart. Arch. Int. Med. 36: 830, 1925.
4. Tedeschi, A. - Beitrag zum studium, der herzgeschwulste. Prager Med. Wchnchr. 18: 121, 1893. Apud Hurst - O Coração, Artérias e Veias. 3.^a ed. Guanabara Koogan, 1977. Vol. II, p. 1319.
5. Barnes, A. R.; Beaver, D. C.; Snell, A. M. - Primary sarcoma of the heart: Report of a case with electrocardiographic and pathological studies. Am. Heart J. 9: 480, 1934. Apud Hurst - Coração, Artérias a Veias, 3.^a ed. Guanabara Noogan, 1977. Vol. II, p, 1319.
6. Prichard, R. W. - Tumors of the heart. Arch. Pathol. 51: 98, 1951.
7. Silverman, N. A. - Primary cardiac tumors. Ann. Surg. 191: 127, 1980.
8. Bulkley, B. H.; Hutchins, G. M. - Atrial myxomas. A fifty year review. Am. Heart J. 97: 639, 1979.
9. Larriue, A. J. - Primary cardiac tumors. Experience with 25 cases. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 83: 339, 1982.
10. Fabian, J. T.; Rose, A. G. - Tumors of the heart. SA Medical Journal. 16: 71, 1982.