

LIPOMA INTRAPERICÁRDICO

FRANCISCO MANES ALBANESI FILHO, MÁRCIA BUENO CASTIER, VITOR FERREIRA DE SÁ,
FÁTIMA ELIZABETH FONSECA DE OLIVEIRA, WALDIR JAZBIK,
JOSÉ BARBOSA MEDEIROS GOMES FILHO
Rio de Janeiro, RJ

Mulher de 27 anos, com dor torácica atípica, apresentou ao ecocardiograma bidimensional, massa intrapericárdica, confirmada por tomografia computadorizada do tórax, cuja exérese cirúrgica permitiu diagnóstico histopatológico de lipoma. A paciente teve rápida recuperação pós-operatória, permanecendo assintomática sem medicação.

INTRAPERICARDIAL LIPOMA

A 27 year-old female patient presented with atypical chest pain. 2-D echocardiogram and thorax computed tomography revealed intrapericardial tumor. The patient was operated on for removal of the tumor, which turned out to be two isolated lipomas. The patient had a rapid postoperative recuperation.

Arq Bras Cardiol 56/4: 309-312 Abril 1991

Os tumores cardíacos podem comprometer o endocárdio, o miocárdio, o pericárdio e a emergência dos grandes vasos (aorta e artéria pulmonar). Os primários são muito raros, com incidência variando de 0,017%¹ a 0,28%². Em 75% dos casos eles são benignos, sendo mais freqüentes os mixomas, lipomas, fibromas e rabiomiossarcomas. Os restantes 25% são malignos, sendo mais comuns os rabiomiossarcomas e os angiossarcomas^{3,4}. Os secundários ou metastáticos são 30-40 vezes mais freqüentes^{3,4}.

Os tumores primários do pericárdio são raríssimos sendo benignos, leiomiomas⁵, teratomas⁵, lipomas^{7,8} hemangiomas² e neuromas² e malignos, sarcomas^{9,10} e mesoendoteliomas¹¹⁻¹³.

O lipoma intrapericárdico é incomum^{7,8,14} apesar de tumor de células gordurosas ser muito freqüente, principalmente no subcutâneo onde é facilmente detectado e removido. O lipoma intracardíaco pode interferir com a dinâmica cardíaca e com a condução elétrica do estímulo¹⁵⁻²¹.

Relatamos um caso de massa intrapericárdica diagnosticada com auxílio da ecocardiografia e da tomografia computadorizada, cujo tratamento cirúrgico a confirmou como lipoma.

RELATO DO CASO

Mulher, branca, de 26 anos, apresentava dor torácica atípica durante ginástica. O exame físico era normal, o eletrocardiograma revelava ritmo sinusal com eixo de QRS a 90°, a radiografia de tórax mostrava aumento do átrio direito e retificação do arco médio esquerdo (fig. 1). O ecocardiograma evidenciava dimensões (cm) normais (Ao = 2.6; AE = 3.1; VEd = 3.9; VEs = 2.3; SIV = 0.9; PPVE = 0.9) e o corte longitudinal do bidimensional demonstrava presença de massa intrapericárdica de localização posterior aos átrios estendendo-se até a ponta do ventrículo esquerdo. Os cortes transversos ao ventrículo esquerdo e aos vasos da base serviram para melhor definir a massa (fig. 2). A tomografia computadorizada do tórax confirmou massa intrapericárdica, deslocando átrios e ventrículos, além de aventar possível origem adiposa (fig. 3), não havia reação pleural e linfadenomegalias torácicas.

Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ

Correspondência: Francisco M. Albanesi Filho—Praia do Botafogo 124/804—22250—Rio de Janeiro—RJ.

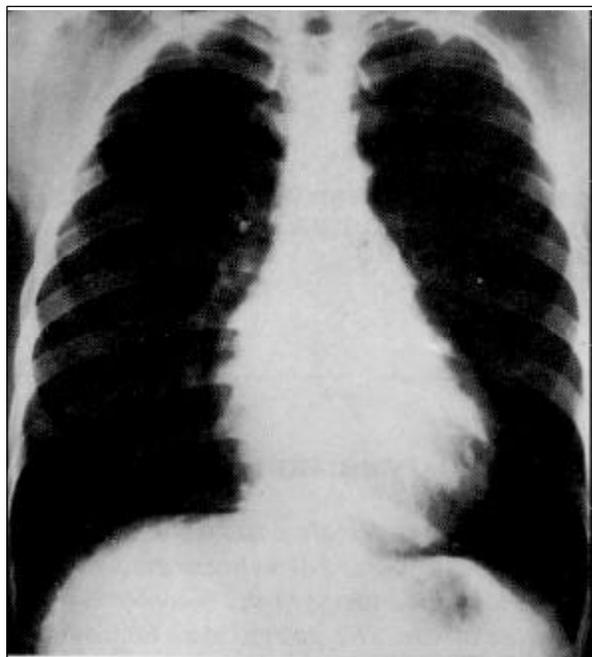


Fig.1 - Aumento do arco inferior direito (átrio direito) e retificação do arco médio esquerdo.

A paciente foi operada com circulação extracorpórea sob hipotermia, sendo constatadas duas massas isoladas no interior do pericárdio, de aspecto lipomatoso. A primeira estava situada atrás do átrio direito e parte do átrio esquerdo, era firmemente aderida à parede, tornando necessário ressecar parte da parede do átrio direito junto à veia cava inferior e do átrio esquerdo junto às veias pulmonares direitas, com reconstrução da cavidade atrial por pericárdio bovino. A segunda foi facilmente destacada e se situava atrás do ventrículo esquerdo. O estudo anátomo-patológico revelou duas formações nodulares de coloração amarelada medindo 9x8x4,5 cm e 8x6x5 cm, pesando 140 e 130 g. A primeira tinha superfície irregular com área pardo amarelada (fig. 4), e a segunda, superfície convoluta e lisa; ao corte apresentavam cápsula e possuíam aspecto untuoso, homogêneo e coloração amarelada. A microscopia confirmou o tecido adiposo, sendo diagnosticado lipoma (fig. 5). A paciente evoluiu sem intercorrências, estando atualmente em plena atividade laborativa, assintomática e sem medicação.

DISCUSSÃO

O lipoma intrapericárdico é tumor de células gordurosas originadas do epicárdico ou do próprio pericárdio, de aspecto macroscópico idêntico ao observado em outras áreas, podendo aderir tanto ao te-

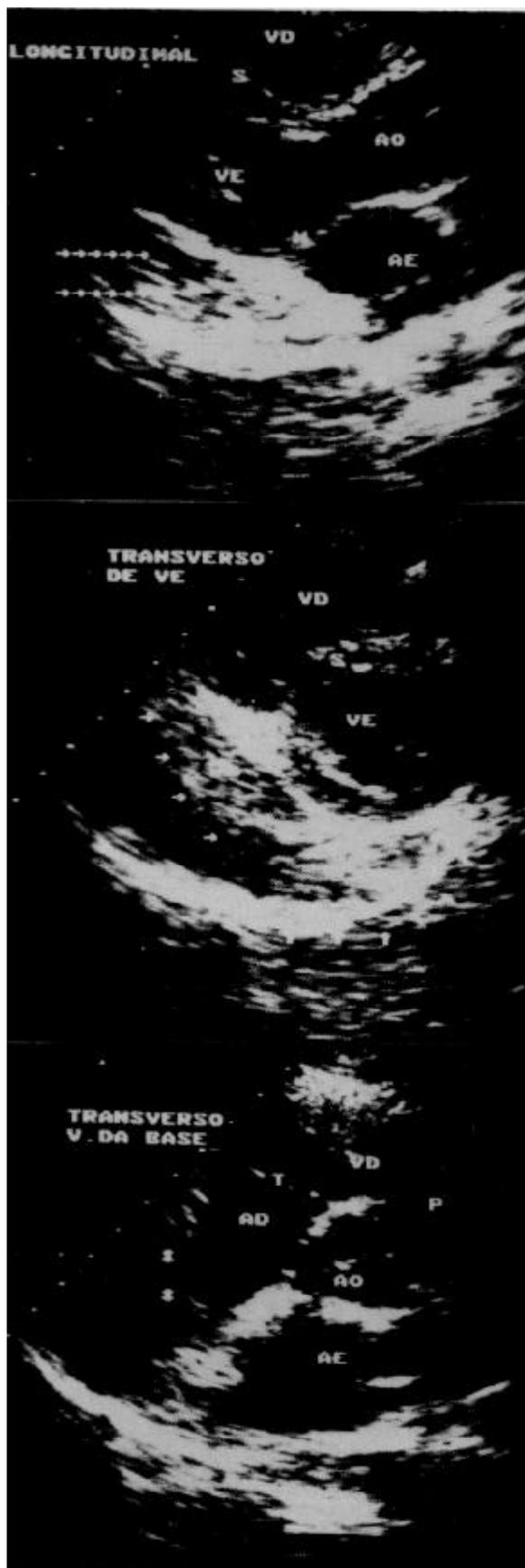


Fig 2 - Massa intrapericárdica (setas) de localização posterior. VD - ventrículo direito; VE - ventrículo esquerdo; Ao - aorta; AE - átrio esquerdo; T - tricúspide; P - pulmonar; V de base - vasos da base.

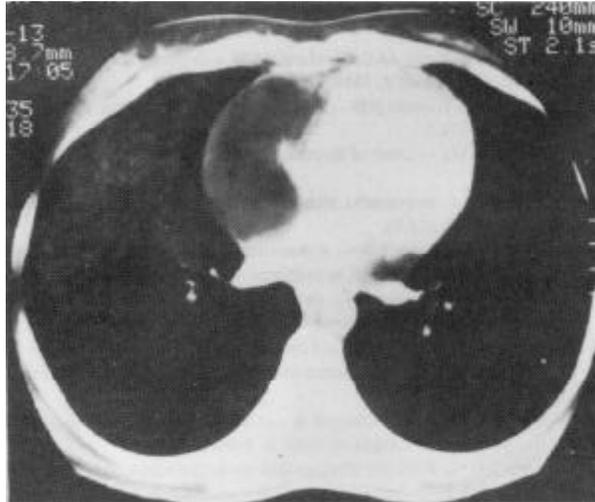


Fig 3 - Tomografia computadorizada do tórax: massa de linagem adiposa deslocando átrio e ventrículo direitos.

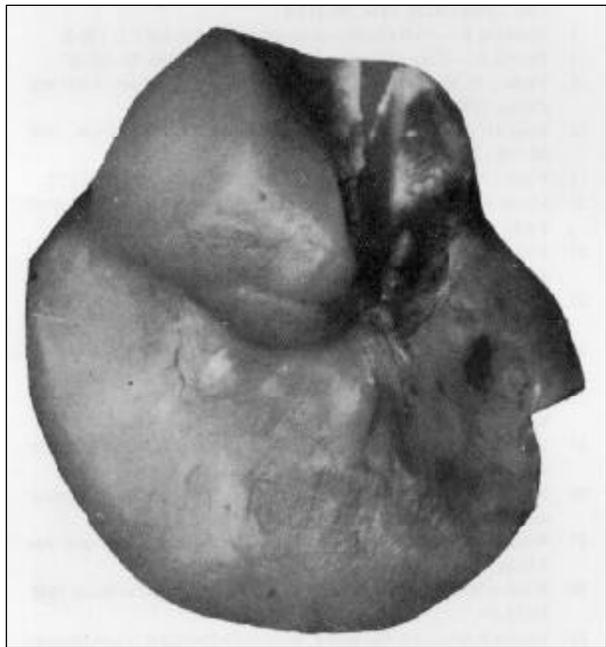


Fig 4 - Aspecto bocelado de uma das massas tumorais, com tecido miocárdico entre os nódulos maiores.

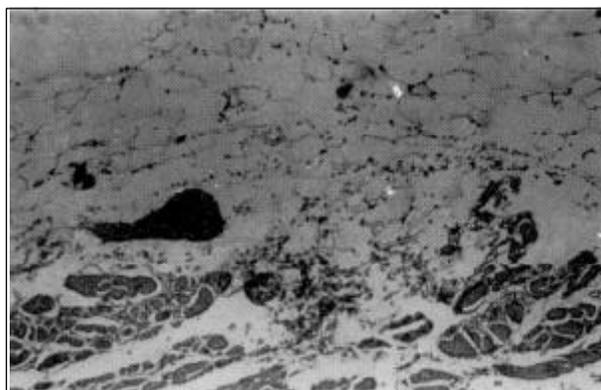


Fig 5 - Corte histológico de uma das massas tumorais, corado pela hematoxilina eosina em aumento de 400 x. Fibras miocárdicas (aderidas a parede do átrio direito) e tecido tumoral constituído por tecido adiposo típico.

cido fibroso (pericárdio) quanto ao muscular (subepicárdio), além de apresentar formas de degeneração lipomatosa como necrose gordurosa e calcificação^{3,4,22,23}.

Não há relato de malignização ou metastases^{3,4,22}. Autores tentam classificá-lo de acordo com a invasão aos tecidos vizinhos. Assim, as células adiposas que infiltram o miocárdio constituem o miolipoma, quando há tecido conjuntivo, fibrolipoma, e havendo gordura pura com livre retículo de sustentação, lipoma^{2,3,24}.

A incidência é variável, apesar de rara. Dentre 56 casos de lipomas intratorácicos e extracardíacos revisados por Gottlieb e col²⁵, 11 eram no pericárdio. Em revisão de tumores pericárdicos, Mahaim²⁶ observou apenas 3/84 (2,8%) casos de lipoma.

Os localizados no pericárdio são geralmente assintomáticos^{22,23} ou podem ocasionar dispnéia e precordialgia²⁷⁻²⁹, e os intracavitários distúrbios da condução átrioventricular ou intraventricular, arritmias, ou interferir na contração miocárdica^{3 22,23,30,31}, inclusive morte súbita^{20,31}.

Quanto à etiologia, alguns suspeitam ser congênita, pertencendo ao grupo dos disembrionomas homeoplásticos²⁹. Entretanto as heterotopias de células embrionárias mesodérmicas podem se diferenciar sob forma de lipócitos e originar lipomas no mediastino, pericárdio e septo interatrial³². Por outro lado, os folhetos pericárdicos resultam de células mesodérmicas não havendo portanto necessidade de heterotopias para explicar a origem dos lipomas³².

Alguns tumores são diagnosticados a partir de alterações no exame físico ou por métodos não invasivos^{22,24,31}. A radiografia de tórax pode ser útil e alertar para ocorrência de anormalidades. Steiner³³ observou que os lipomas e fibromas pericárdicos podem produzir diferença de densidade entre a imagem cardíaca e a tumoral, pois estes tumores são mais semitransparentes do que os tecidos ao seu redor. O tecido gorduroso apresenta semitransparência entre a claridade gasosa e a opacidade das partes moles ou de líquidos³². Nos casos mais característicos pode-se visibilizar a sombra cardíaca dentro da massa tumoral. Neste caso observamos alterações radiográficas no contorno do átrio direito, que já era indicativa de anormalidade.

Antes da era da ecocardiografia e da tomografia computadorizada tinha-se que lançar mão do pneumopericárdio³⁴ para caracterização da massa intrapericárdica. Nos últimos anos, a ecocardiografia tem contribuído para aumentar o número de casos

diagnosticados de tumores cardíacos, principalmente nos pacientes oligossintomáticos, para demonstrar sua relação com as estruturas cardíacas e com a sua dinâmica.

No presente caso, o ecocardiograma foi de grande valia, delimitando o tumor no pericárdio.

A tomografia computadorizada tem grande especificidade em identificar o tumor, localizando-o no coração, além de delinear forma, dimensão e densidade. Os lipomas são geralmente de baixa densidade, variando de -80 a 115 unidades Haunsfield³⁵. O tipo celular do lipoma pode ser caracterizado pelo critério proposto por Mendez e col³⁶ da medida de densidade do tecido gorduroso, isto é, densidade igual ou inferior a -55 unidades Haunsfield.

No nosso caso, a tomografia computadorizada confirmou a localização dentro do pericárdio e definiu-a como lipoma, porém não serviu para caracterizar a duplicidade.

Os tumores pericárdicos constituem, a nosso ver, afecção de tratamento cirúrgico, tanto para caracterização do tipo celular da neoplasia, quanto para a melhor escolha da opção terapêutica (remoção, quimioterapia, radioterapia).

Mendez Jr e col³⁶ acreditam que quando a densidade tomográfica do tecido gorduroso é inferior a -55 unidades Haunsfield, o tumor é benigno e a intervenção cirúrgica desnecessária. Já quando a densidade for superior a -20 unidades Haunsfield acham a intervenção indicada, pois não podem afastar a possibilidade de malignização do tecido detectado (lipossarcoma).

Moncada e col³⁵ referem um caso de lipoma intrapericárdico, diagnosticado por tomografia computadorizada, onde utilizaram os critérios de Mendez Jr e col³⁶ e optaram pela observação. Após seguimento de 1 ano não havia anormalidades evolutivas.

Neste caso, apesar da densidade tomográfica compatível com tumor benigno (lipoma), optamos pelo tratamento cirúrgico, que mostrou dois grandes lipomas intrapericárdicos, um parcialmente aderido aos átrios.

REFERÊNCIAS

1. Straus R, Merliss R — Primary tumor of the heart. Arch Path, 1945; 39: 74-82.
2. Goldberg H, Steinberg I—Primary tumor of the heart. Circulation, 1955; 21:963-70.
3. Goodwin JF—Symposium on cardiac tumors. Introduction the spectrum of cardiac tumor. Am J Cardiol, 1968; 21:307-14.
4. Heath D — Pathology of cardiac tumors. Am J Cardiol, 1968; 21:315-27.
5. Brandes WW, Gray JAC, MacLeold NW — Leiomyoma of the pericardium. Am Heart J, 1942; 23:426-32.
6. Legnani FA, Corwin RD — Intrapericardial teratoma. Am Heart J, 1963; 65:674-7.
7. Mckechnie MJ — Case of lipoma of pericardium. Br Med J. 1905; 2:76-9.
8. Maurer ER — Successful removal of tumor of heart. J. Thorac Surg, 1952; 23:479-85.
9. Berlov GA, Pigarev YG — A peculiar form of system tumorlike angiomatosis (malignant hemangioendothelioma of the pericardium, angiomatous polyp of the endocardium and progressive hemangiomatosis of the liver). Arkh Pat, 1964; 26: 8-15.
10. Bevilacqua G, Mariani M — Clínico-pathological correlations in case of primary angiosarcoma of the pericardium. Eur J Cardiol, 1975; 2:595-604.
11. Dawe CJ, Wood DA, Mitchell S—Diffuse fibrous mesothelioma of the pericardium. Cancer, 1953; 6:749-51.
12. Sarrell WG — Primary pericardial mesothelioma. Am Heart J. 1955; 49:310-7.
13. Styman AL, MacAlpin RN—Primary pericardial mesothelioma. Report of two cases and review of the literature. Am Heart J. 1971; 81:760-9.
14. Schmacker HB, Lehnower AC — Extracavitary lipoma of heart. Ann Thorac Surg, 1974; 18: 411-4.
15. Handford H—Fatty tumor of heart. Br Med J, 1887; 1: 156-8.
16. Brewis A—Case of lipoma of heart. Lancet, 1905; 83: 829-30.
17. Verliac H, Morel L — Etude sur le lipome du couer. Arch Mal Couer, 1909; 2: 153-7.
18. Shea JP, Mueshan GE—Lipoma of heart. Am J Clin Path, 1952; 22: 1081-3.
19. Finger JE—Lipoma of heart. J Mich Med Soc, 1961; 60: 67-72.
20. Olsen RE, Tangchai P—Large lipoma of left ventricle. Arch Path, 1961; 72: 290-6.
21. Estevez JM, Thompson DS, Levinson JP — Lipoma of the heart. Arch Path, 1964; 77:638-42.
22. Harvey WP—Clinical aspects of cardiac tumors. Am J Cardiol, 1968; 21: 328-43.
23. Selzer A, Sakai FJ, Popper RW — Protean clinical manifestations of primary tumors of the heart. Am J Med, 1972; 52:918.
24. Hull H, Kissane RW, Fidler RS — Myolipoma of the heart. Exper Med Surg, 1955; 13:300-6.
25. Gottlieb AM, Baer LP, Jordan P—Mediastinal lipoma simulating cardiac enlargement. JAMA, 1953; 152:908-10.
26. Mahaim I—Les Tumeurs et les Polypes du Couer: Etude Anatomoclinique, Paris, Masson et Lausanne Rotha, 1945; 568.
27. Wiper TB, Miller JM—Intrathoracic mediastinal lipoma. Am J Surg, 1944; 66: 90-4.
28. Watson WL, Urban A—Mediastinal lipoma. J Thorac Surg, 1944; 13: 16-29.
29. Morere P, Stain JP, Hertzog P, Nouvet G, Denoix C — Les lipomes mediastinaux: à propos d'une observation. Ann Chir Thorac Cardio-Vasc, 1972; 11:417-22.
30. Prior JT—Lipomatous hypertrophy on the cardiac interatrial septum. Arch Path, 1964; 78:11-5.
31. Kloner RA—Cardiac tumors. In Kloner R.A (ed) — The Guide to Cardiology. New York, John Wiley & Sons, 1984, 439.
32. Medeiros F^o JH, Luiz C, Lopes EA, Jatene AD — Tumor radioluciente epi-pericárdico: Lipoma. Apresentação de dois casos sob o ponto de vista radiológico. Arq Bras Cardiol, 1977; 30:145-51.
33. Steiner R E — Radiologic aspects of cardiac tumors. Am J Cardiol, 1968; 21:344-56.
34. Barret NR, Barnard WG — Unusual tumors of the thorax. Br J Surg, 1945; 32: 447-52.
35. Moncada R, Baker M, Salinas M et al — Diagnostic role of computed tomography in pericardial heart disease: congenital defects, thickening, neoplasms, and effusions. Am Heart J, 1982; 103: 263-82.
36. Mendez Jr G, Isikoff MB, Isikoff SK, Sinner WN—Fatty tumors of the thorax demonstrated by CT. Am J Roentgenol, 1979; 133: 207 12.