

MIXOMA DE ÁTRIO DIREITO

MARCELO MATTOS CASCUDO, FRANCISCO JOSÉ SANTIAGO DE BRITO PEREIRA,
MAURÍLIO ONOFRE DEININGER, JOSÉ FRANCISCO BAUNGRATZ,
JOSÉ HENRIQUE DE ANDRADE VILA, CARLOS D'ANDRETTA NETO, JOSÉ PEDRO DA SILVA
São Paulo, SP

Homem de 31 anos de idade, portador de mixoma de átrio direito, com manifestações de tontura, mal-estar geral e dispnéia aos grandes esforços, apresentava ao exame físico sopros holossistólico e telediastólico de média intensidade em área tricúspide. Os sinais radiológicos e eletrocardiográficos foram de sobrecarga atrial e ventricular direitas e o diagnóstico de mixoma de átrio direito foi feito com auxílio do ecocardiograma bidimensional. A ressecção cirúrgica da massa tumoral confirmou o diagnóstico, através do estudo histopatológico da peça, que media 75x50x40 mm. Houve remissão das manifestações clínicas, radiológicas e eletrocardiográficas.

RIGHT ATRIAL MYXOMA

The authors report the case of a 31 year-old male with right atrial myxoma whose clinical manifestations included: malaise, dizziness and dyspnea on great exertion. At physical examination, a tricuspid systolic and diastolic murmur of mean intensity was found. The chest radiography and the electrocardiogram signs were of right atrial and ventricular enlargement, and the diagnosis was made with the B-mode echocardiogram. The patient underwent surgical removal of the tumoral mass and diagnostic confirmation was made with the histopathologic study of the 75x50x40 mm piece. The patient obtained clinical, electrocardiographic and radiologic remission.

Arq Bras Cardiol 56/5: 389-391 Maio 1991

Os tumores primários do coração englobam grupo de patologias raras cuja incidência em séries de necrópsias varia de 0,0017 a 0,2%¹. De todas as neoplasias cardíacas, entre benignas e malignas, os mixomas são os mais freqüentes, representando cerca de 50% do total na maior parte dos estudos. Em sua grande maioria, encontram-se localizados no átrio esquerdo, na proporção de 4:1^{1,2}, em relação ao átrio direito. Apresentam-se, em parcela significativa dos casos, com sinais e sintomas inespecíficos, não relacionados à doença cardiovascular, como febre, artralgias e mal-estar geral^{1,3,4}.

Apresentamos o caso de portador de mixoma localizado em átrio direito, com sintomatologia discreta e sinais clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos de sobrecarga atrial e ventricular direitas.

RELATO DO CASO

Homem de 31 anos, branco, foi internado com queixa de cansaço aos grandes esforços, de início há 6 meses, com exacerbação há 20 dias. Procurou auxílio médico em sua cidade, quando foi informado de que era portador de um “sopro cardíaco”, tendo sido encaminhado ao nosso serviço para avaliação cardiológica.

O paciente apresentava-se em bom estado geral, pressão arterial de 120x80 mmHg frequência cardíaca de 92 bpm, o ritmo cardíaco era regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, ouvia-se sopro

Hospital Beneficência Portuguesa—São Paulo.

Correspondência: Marcelo Mattos Cascudo—Hospital Beneficência Portuguesa—Rua Maestro Cardim, 769 s. T2 6—01323—São Paulo, SP.

holossistólico sem irradiação e telediastólico (+ + + / 6 +) em área tricúspide com manobra de Rivero-Carvalho positiva. A ausculta pulmonar não mostrava alterações. Não havia hepatomegalia e edema de membros inferiores.

A radiografia de tórax em incidência pósterio-anterior mostrava aumento discreto/moderado da área cardíaca às custas de ventrículo direito; os campos pleuro-pulmonares eram livres. Na incidência de perfil, a sombra cardíaca ultrapassava o terço inferior do espaço retro-esternal.

Ao eletrocardiograma encontrava-se ritmo sinusal, com onda P apiculada acima dos limites da normalidade, melhor vista nas derivações DII e V1.

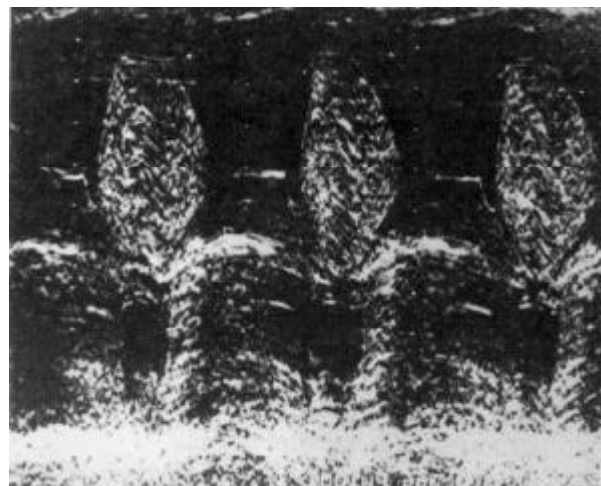
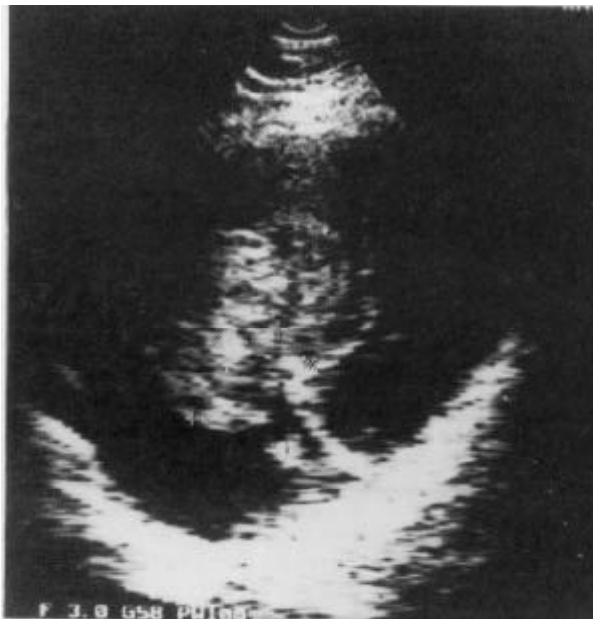


Fig. 1 - Massa homogênea aderida à porção do septo interatrial, comprometendo a valva tricúspide a atravessando-a na diástole.

O estudo EcoDopplercardiográfico evidenciou a presença de massa homogênea medindo aproximadamente 70x40 mm, aderida à porção média do septo interatrial, móvel, com pedúnculo curto, comprometendo o fechamento da valva tricúspide e atravessando a mesma na diástole. Veias cava superior e inferior não apresentavam alterações (fig. 1 A e B).



Fig 2. - Mixoma excisado.

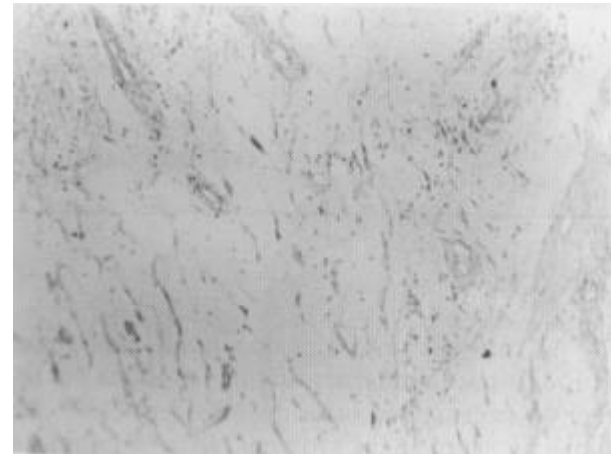


Fig. 3 - Apecto microscópio do mixoma.

O paciente foi submetido à ressecção cirúrgica da massa tumoral, utilizando circuito extracorpóreo com hipotermia discreta, acesso através de atriotomia direita. No ato cirúrgico foi confirmado o diagnóstico; a massa estava a 2,2 cm do anel da valva tricúspide, aderida à parede do septo interatrial, sendo realizada extirpação com cauterização do local de inserção da mesma. O ato cirúrgico transcorreu sem intercorrências.

O estudo histopatológico revelou peça ovalada, pesando 110 g, medindo 75x50x40 mm, de superfí-

cie externa lobulada e congesta, tecido mole, cinzento e brilhante com extensas áreas hemorrágicas e focos de necrose, logo abaixo da superfície externa (fig. 2). O exame microscópico mostrava proliferação de tecido mixóide, entremeado por capilares sangüíneos e delgados septos e tecido conjuntivo. Este processo estava em parte substituído por áreas hemorrágicas que predominavam em torno de lacunas sangüíneas, entremeadas por aglomerados de macrófagos com hemossiderina (fig. 3).

Houve remissão da sintomatologia clínica, melhora radiológica e eletrocardiográfica. O paciente recebeu alta hospitalar totalmente assintomático.

DISCUSSÃO

Com o aperfeiçoamento das técnicas de diagnóstico, como a angiocardiografia e mais recentemente a EcoDopplercardiografia, e o avanço da circulação extracorpórea nas últimas décadas, simplificaram-se o diagnóstico e a extirpação cirúrgica dos mixomas cardíacos^{2,5,6}. Estes fatores revestem-se de grande importância, visto que o mixoma, apesar de apresentar na maioria das vezes evolução clínica benigna, pode ser causa de morte súbita por arritmia cardíaca ou embolização pulmonar ou sistêmica, em adultos jovens aparentemente sem qualquer fator predisponente^{1,3}. Acrescenta-se o fato de que o prognóstico é extremamente favorável, levando-se em conta que o paciente apresenta quase sempre cura completa, salvo alguns casos de

recorrência tardia, atribuídos a procedimentos cirúrgicos incompletos ou a predisposição familiar¹⁴. Por estes motivos, a operação deve ser realizada o mais cedo possível após o diagnóstico. Dentro deste contexto é que dirigimos a abordagem propedêutica e o tratamento do nosso paciente.

O mixoma de átrio direito é afecção rara e apenas 10 casos foram publicados em 1988 e 1989 em todo mundo. A maioria dos estudos demonstra apenas 15% dos mixomas na localização átrio direito¹⁻⁷. Em nossa casuística de cinco casos de mixoma em 10 anos, sendo um de átrio direito e quatro de átrio esquerdo, há concordância com a literatura, em relação a parâmetros clínicos, diagnósticos, tratamento efetuado e resultados.

REFERÊNCIAS

1. Larson S, Lepore V, Kennergren C—Atrial myxomas: Results of 25 years experience and review of the literature. *Surgery*, 1989; 105: 695-8.
2. Khiar F, Slimane ML, Zalilas, Zen Naceur M—Le myxome biauriculaire. *Revue complète de la littérature*. *Tunis Med*. 1988; 66: 877-82.
3. Jamidar HA, Webb SM, Adgey AA—Survival of a patient with an infected right atrial myxoma following surgery. *Eur Heart J*. 1988; 9: 110-3.
4. Gorini M, Bobbio Pallaucinini E, Lulir P, Goisis A, Rossi P— Syndrome hemolytique d'un myxome de l'oreillette droite. *Presse Med*. 1988; 17:124.
5. De Ross A, Weijers E, Van Diunen S, Van Der Wall EE—Calcified right atrial myxoma demonstrated by magnetic resonance imaging. *Chest*, 1988; 95: 478-9.
6. Keren A, Chenzbruna A, Schuger L, Milgarter E, Trivoni D—The etiology of tumor plop in a patient with huge right atrial myxoma. *Chest*, 1989; 95: 1147-9.
7. Ohshima N, Yamada T, Nakahara H, Yokoyama M, Tanabe S, Nakamura Y, Irie Y—Right atrial myxoma—Report of 2 cases. *Kyobu Geka*, 1988; 41: 238-42.