

Inversão de Aurícula Esquerda por Lipoma Epicárdico - Comportamento Atípico de Um Tumor Levando a Obstrução de Veias Pulmonares

Coordenador: Leonardo Diamante

Discutidores: Marcos Fábio Lion, Anellys E. L. C. Moreira, Maria Virgínia Barreto Silva, Valéria Peter, George C. X. Meireles, Ricardo Ladeira, Enoch Brandão

São Paulo, SP

Apresentação do Caso

Homem negro, 43 anos, casado, professor, natural de Alagoas, procedente de São Paulo, referia dispnéia progressiva aos esforços há 2 meses. Nas 2 últimas semanas havia notado aparecimento de tosse seca, aumento progressivo do volume abdominal e edema vespertino de membros inferiores. Negava episódios prévios semelhantes, bem como nunca havia procurado assistência médica. Era tabagista moderado e etilista social. Os antecedentes familiares eram negativos para diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e insuficiência coronariana. Ao exame físico constatou-se pressão arterial de 160 x 120mmHg, frequência cardíaca de 100bpm, frequência respiratória de 20 incursões por minuto, estase jugular a 45° graduada 2/4. O ritmo cardíaco era regular a 3 tempos, com bulhas normofonéticas, sem sopros. Nos pulmões, murmúrio vesicular estava presente com estertores crepitantes em ambas as bases. O abdome era globoso, normotenso, com fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito, indolor, borda romba, superfície lisa. Havia edema em membros inferiores graduado 2/4. O restante do exame físico era normal. A avaliação laboratorial do

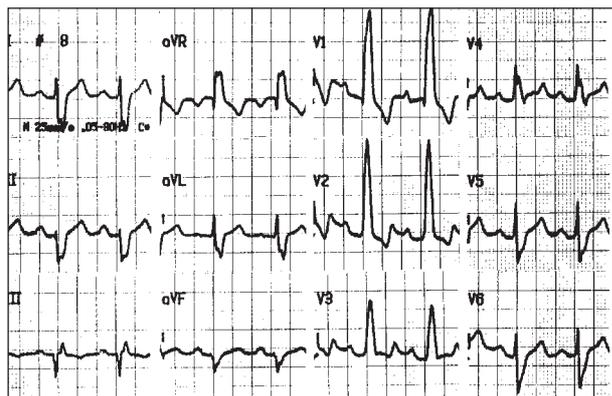


Fig. 1 - Ritmo sinusal, bloqueio completo do ramo direito e da divisão ântero-superior do ramo esquerdo, sobrecarga atrial direita.

sangue não evidenciou anormalidades e a reação de Machado-Guerreiro foi negativa. O eletrocardiograma e radiografia de tórax são apresentados nas figuras 1 e 2-A.

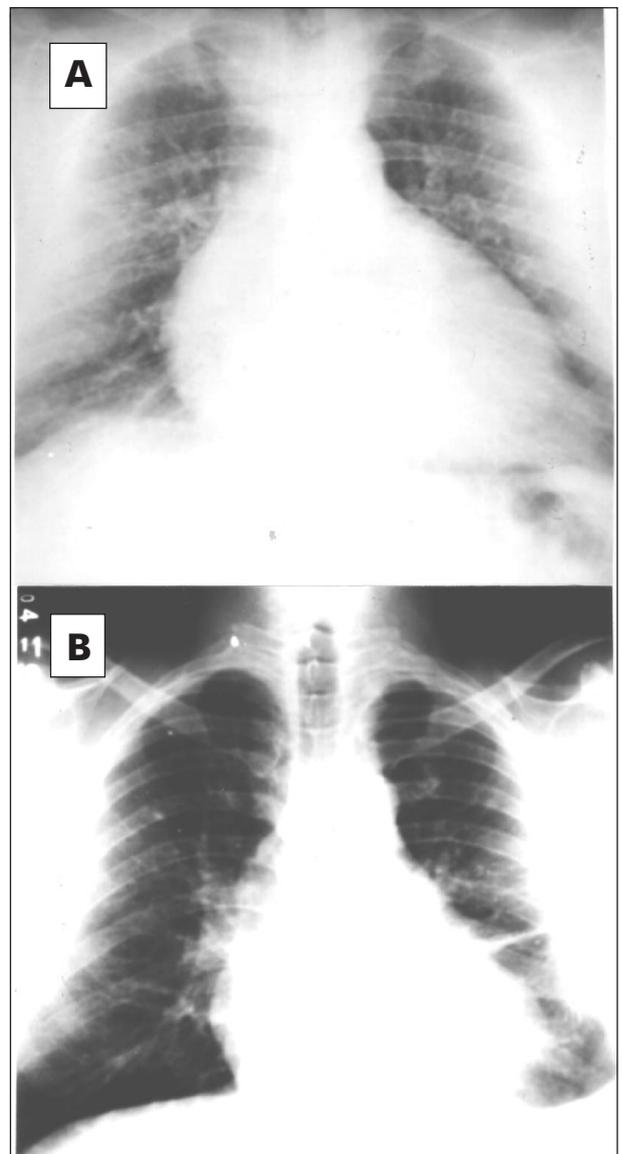


Fig. 2 - A) Aumento global de área cardíaca graduada 3/4, com congestão pulmonar bilateral; B) redução importante da área cardíaca (pós-operatório tardio).

Discussão

Marcos Fábio Lion - Analisando os dados apresentados, o diagnóstico funcional é insuficiência cardíaca congestiva e a etiologia mais provável, hipertensão arterial sistêmica, confirmada pelo exame físico (pressão arterial de 160x120mmHg). Apesar de não existir antecedente de hipertensão arterial sistêmica e tratar-se de medida única, a raça negra, obesidade, sexo masculino e faixa etária (os 2 últimos com menor significado estatístico), associados à evolução clínica, dão suporte ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia hipertensiva e insuficiência ventricular esquerda. A marcha evolutiva da hipertensão arterial sistêmica inicia-se com insuficiência ventricular esquerda, traduzida pelos sintomas tosse, dispnéia aos esforços e paroxística noturna e pelo sinais de taquicardia, taquipnéia, estertoração pulmonar bilateral e ritmo de galope. A falência do ventrículo esquerdo leva ao comprometimento secundário das câmaras cardíacas direitas e aparecimento ulterior de insuficiência, surgindo, então, estase jugular, hepatomegalia e, provavelmente, ascite (diagnóstico esse difícil em abdome globoso, em obeso). A evolução de hipertensão arterial sistêmica para cardiopatia hipertensiva, insuficiência

ventricular esquerda e direita faz-se nessa seqüência, embora nesse caso chame atenção a rapidez da sucessão dos sintomas e sinais, fato este inusitado e que torna obrigatório diagnóstico diferencial com outras entidades. Assim, devem ser lembradas a coarctação da aorta (faltam outros elementos para o diagnóstico), lesões da valva aórtica (entre outros dados, a ausculta é característica), cardiomiopatia hipertrófica (não há ausculta ou eletrocardiograma típicos), endomiocardiofibrose (apesar da procedência do Nordeste e da raça negra, sua evolução usualmente não é tão tórpida), fibroelastose endocárdica (geralmente não mostra comprometimento importante do miocárdio), miocardite (evolui de modo diferente). Exposta as etiologias para insuficiência de ventrículo esquerdo, torna-se indubitável a existência de hipertensão arterial sistêmica primária, devendo existir associação com outra doença a montante do ventrículo esquerdo. Lesão de valva mitral deve ser lembrada, embora seja invalidada pela ausência de dados auscultatórios. A montante da valva mitral surge, ainda, a possibilidade da existência de um tumor de átrio esquerdo. Como causas para insuficiência ventricular direita temos *cor triatriatum* e desembocadura anômala das veias pulmonares, os quais não são comuns nessa faixa etária, transposição corrigida

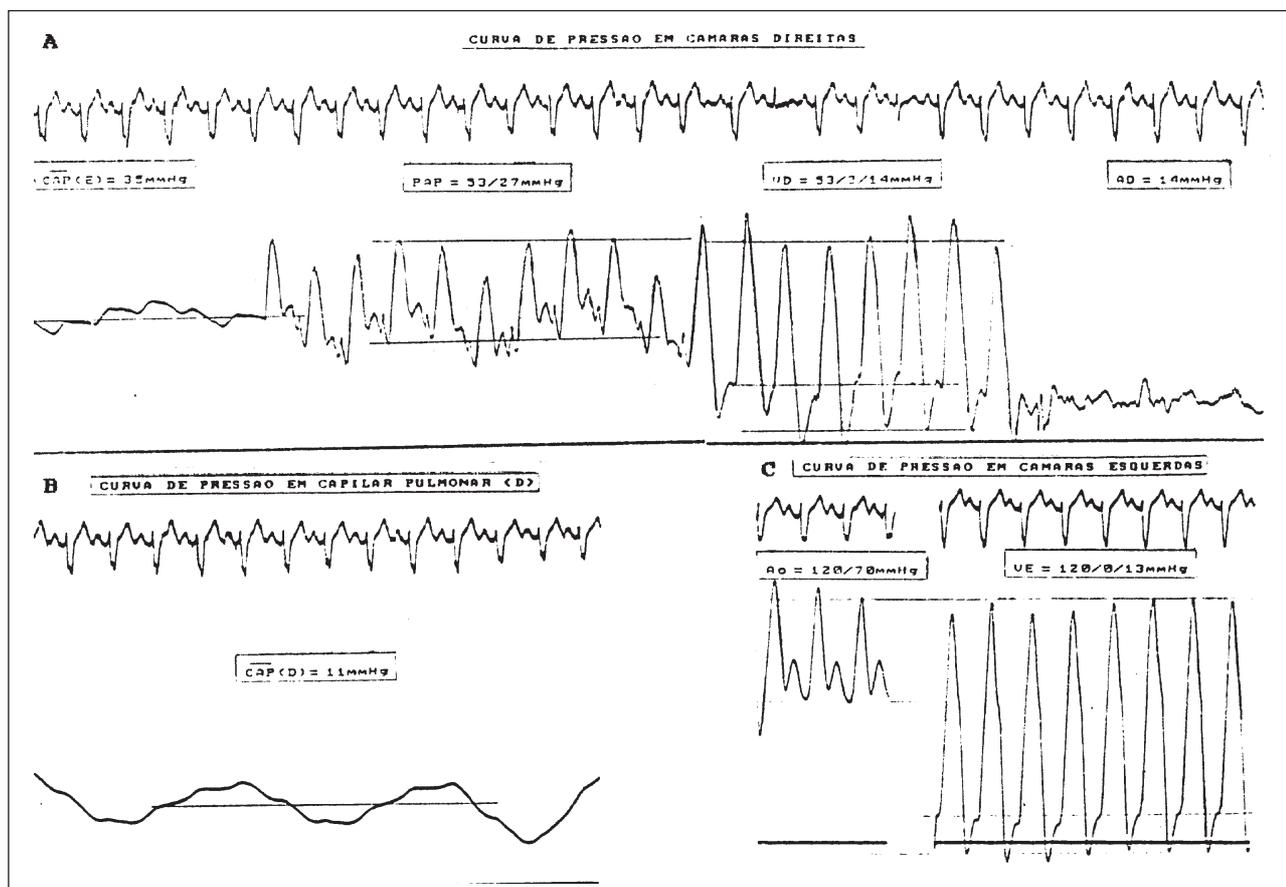


Fig. 3 - A) traçado contínuo mostrando hipertensão em câmaras direitas (átrio direito = 14mmHg; ventrículo direito = 53/14mmHg), em artéria pulmonar esquerda = 53/27mmHg e capilar esquerdo (média 35mmHg); B) pressão média do capilar direito normal (11mmHg); C) pressão normal em câmaras esquerdas (ventrículo esquerdo, 120/0/13mmHg; aorta, 120/70mmHg).

das grandes artérias (cujo quadro eletrocardiográfico é diverso), hipertensão pulmonar primária ou secundária (causada por esquistossomose pulmonar, endêmica no Nordeste, ou embolia pulmonar de repetição, comum na insuficiência cardíaca congestiva). Neste momento gostaria de analisar os dados ecocardiográficos, na tentativa de melhor definição diagnóstica.

Ricardo Ladeira - O ecocardiograma mostrou câmaras esquerdas com tamanho normal, ventrículo esquerdo com disfunção segmentar (discreta hipocinesia septal), hipertrofia concêntrica de grau leve e fração de ejeção de 82%. Havia, também, moderado aumento de câmaras direitas e hipertensão pulmonar de grau importante. Foi visibilizada estrutura ao nível da desembocadura das veias pulmonares, não sendo possível identificá-la por dificuldades técnicas.

Marcos Fábio Lion - Esses dados nos levam ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia hipertensiva (representada pela hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo) e hipertensão pulmonar de etiologia ainda obscura, com comprometimento de câmaras direitas. Gostaria de lembrar, como diagnóstico diferencial, a síndrome de Bernheim que, apesar de favorecida pela presença de hipertrofia concêntrica do ventrículo esquerdo e espessura conspícua do septo interventricular, não apresenta comprometimento tão importante do ventrículo direito. Na minha opinião torna-se imperativa a realização de um estudo hemodinâmico.

George C. X. Meireles - O estudo hemodinâmico revelou hipertensão arterial pulmonar bilateral e venocapilar apenas no pulmão esquerdo de grau importante, com pressões normais em câmaras esquerdas (fig. 3). A contratilidade do ventrículo direito estava severamente comprometida e uma falha de enchimento na porção superior do átrio esquerdo (ocupando 40% da cavidade) foi encontrada. Não foram evidenciadas outras anormalidades.

Marcos Fábio Lion - O estudo hemodinâmico comprova a existência de hipertensão pulmonar, mas surpreende a discrepância entre os valores da pressão capilar pulmonar esquerda e direita (a primeira muito maior que a segunda), trazendo a idéia de dificuldade de drenagem das veias pulmonares esquerdas no átrio esquerdo, fato corroborado pela existência de uma falha de enchimento na porção superior do mesmo, sugerindo a possibilidade de um tumor fixo nesta região (mixoma provavelmente, devido à sua freqüência), a qual parece a hipótese mais provável para o caso. A realização da ressonância magnética cardíaca poderia ser útil no sentido de melhor definição das imagens.

Valéria Peter - A ressonância magnética cardíaca mostrou imagem de média intensidade ao nível das vér-

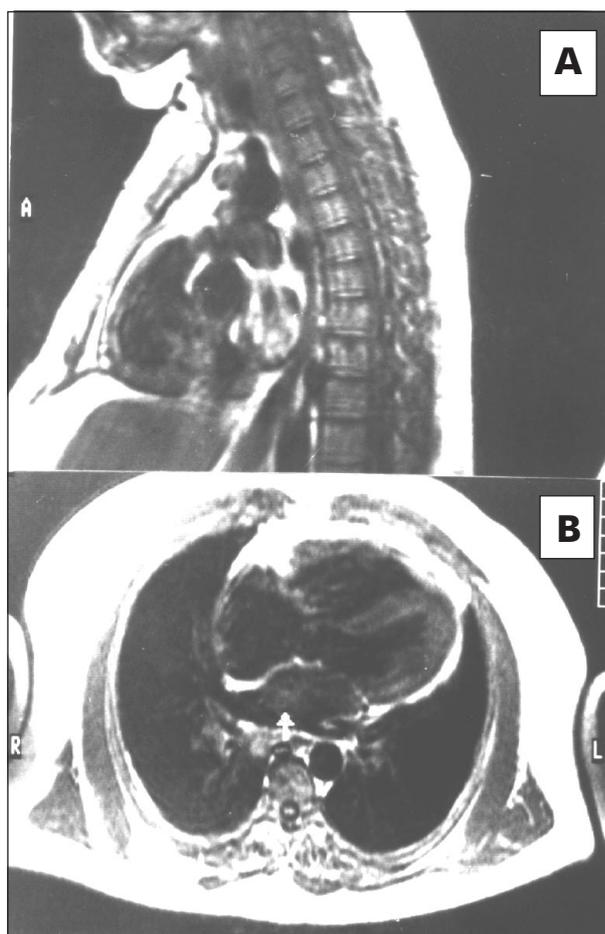


Fig. 4 - A) corte sagital mostrando imagem no interior do átrio esquerdo, com base na parede ântero-superior; B) corte transversal ao nível de T₁ e T₂, mostrando imagem no interior do átrio esquerdo.

tebras torácicas T₁ e T₂, no átrio esquerdo, com base na parede ântero-superior, que se deslocava parcialmente durante a sístole no sentido do orifício mitral, além de hipoccontratilidade do ventrículo direito (fig. 4).

Marcos Fábio Lion - Os elementos fornecidos pela ressonância magnética vêm confirmar a hipótese diagnóstica de tumor em átrio esquerdo (mixoma, provavelmente), a qual explica a rapidez evolutiva do processo. Na minha opinião, há indicação de remoção cirúrgica do tumor.

Enoch Brandão - Como conduta final, foi submetido a cirurgia cardíaca, com circulação extracorpórea, onde se encontrou inversão da aurícula no átrio esquerdo e abaulamento da sua parede póstero-lateral na junção atrioventricular. Foi realizada excisão da aurícula esquerda com ressecção de tecido adiposo que comprimia extrinsecamente o átrio esquerdo e a entrada das veias pulmonares esquerdas.

Maria Virgínia Barreto Silva - O exame anátomo-

patológico revelou tratar-se de lipoma epicárdico. No seguimento de 2 anos o paciente encontra-se assintomático sem uso de qualquer medicação. A radiografia do tórax obtido nessa oportunidade está apresentada na figura 2-B.

Marcos Fábio Lion - Realmente, a surpresa maior é reservada à raridade do achado cirúrgico de lipoma epicárdico, bem como ao particular comportamento do tumor, com inversão de aurícula esquerda e obstrução parcial da drenagem das veias pulmonares esquerdas.

Anelys E. L. C. Moreira - A incidência de tumores primários cardíacos em autópsias varia de 0,0017 a 0,26%, sendo 20 a 40 vezes menos freqüentes que os metastáticos e, em 75% dos casos, benignos^{1,2}. A maioria desses tumores é mixoma, seguida em freqüência pelos lipomas, que constituem 8,4% dos tumores cardíacos². Os lipomas cardíacos foram descritos pela primeira vez por Orth, em 1886³, sendo representados por coleções encapsuladas de células adiposas benignas, geralmente contendo algumas fibras musculares^{1,4}. Ocorrem em todas as idades e com igual freqüência em ambos os sexos¹. A maioria tem diâmetro variando de 1cm a 15cm (embora exista relato de peso superior a 2kg) e podem ser sésseis ou polipóides¹. Cerca de 50% desses tumores têm origem subendocárdica, 25% intramiocárdica (afetando mais comumente ventrículo esquerdo, átrio direito e septo interatrial) e os 25% restantes, no epicárdio^{1,4-7}. Muitos casos são diagnosticados somente durante a autópsia, já que poucos pacientes apresentam manifestações clínicas secundárias ao tumor⁵, dependendo do seu tamanho e localização. Determinam achados de tumor intracavitários nos lipomas endocárdicos, manifestações de compressão de válvula tricúspide, cardiomegalia, sopros, arritmias e bloqueio de ramo nos intramiocárdicos e derrame pericárdico com restrição ou deslocamento cardíaco nos epicárdicos^{1,7}. Devem, ainda, ser lembrados, como rara possibilidade em pacientes sintomáticos ou não, com aumento inexplicado de área cardíaca, especialmente naqueles com exame cardiológico normal⁸. Não há relato, na literatura disponível, de lipoma epicárdico com localização em átrio esquerdo, ou manifestando-se como um tumor intracavitário, o que neste caso foi determinado pela compressão de estruturas cardíacas. O eletrocardiograma, a radiografia do tórax e o ecocardiograma mostraram-se inespecíficos para definição da etiologia e fisiopatologia da insuficiência cardíaca, ao contrário do estudo hemo-

dinâmico. A ressonância magnética constituiu-se em técnica útil para a detecção da massa tumoral, mas não se mostrou capaz em identificá-la como lipoma, ao contrário do que é descrito na literatura⁵, talvez pelo fato de que a massa intracavitária era constituída por estrutura cardíaca normal (aurícula esquerda) e não por tecido tumoral. Maurer⁹, em 1952, descreveu a primeira ressecção cirúrgica com sucesso de lipoma epicárdico, tornando-a o procedimento terapêutico de escolha quando possível. Devido ao comportamento anormal deste tumor, houve necessidade da utilização de circulação extracorpórea durante a cirurgia, ao contrário do que habitualmente tem sido descrito para tumores epicárdicos^{8,9}. A remissão dos sintomas após a cirurgia, bem como a regressão da cardiomegalia, fatos obtidos no seguimento de 2 anos, confirmam o excelente prognóstico desses casos¹⁰. Assim, a observação deste caso sugere que o principal determinante da apresentação clínica dos tumores cardíacos é a alteração hemodinâmica e não a localização, e que a possibilidade de cura dessa apresentação incomum de um lipoma (insuficiência cardíaca congestiva com função normal de VE) e seu excelente prognóstico, tornam obrigatórios, apesar de pouca freqüência, o uso de todos os meios disponíveis para o seu diagnóstico.

Referências

1. Colucci MS, Braunwald E - Primary tumors of the heart. In: Braunwald E - Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. (4th ed). Philadelphia: WB Saunders Co 1992; 1451
2. Hall RJ, Cooley DA, McAllister Jr HA, Frazier OH - Heart disease due to neoplasms. In: Hurst JW, Schlant RC, Rackley CE, Sonnenblick EH, Weber NK - The Heart, Arteries and Veins - (7th ed). New York, McGraw-Hill Book Co 1990; 1382.
3. Orth JJ - Lehrbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie. Berlin, Hirschwald 1987; 201.
4. McNamara RF, Taylor AE, Panner BJ - Superior vena caval obstruction by lipomatous hypertension of the right atrium. Clin Cardiol 1987; 10: 609-10.
5. Mousseaux E, Idy-Peretti I, Bittoun J et al - MR tissue characterization of a right atrial mass: diagnosis of a lipoma. J Comput Assist Tomogr 1992; 16: 148-51.
6. Graham TR, Chalmers JAC, Aldren C - A large epicardial lipoma - an insight into the surgical anatomy of the interatrial septum. Int J Cardiol 1989; 25: 119-21.
7. Reyes LH, Rubio PA, Korompai FL, Guinn GA - Lipoma of the heart. Int Surgery 1976; 61: 179-80.
8. Schumacker Jr HB, Leshnowar AC - Extracavitary lipoma of the heart. Ann Thorac Surg 1974; 18: 411-4.
9. Maurer ER - Successful removal of tumor of the heart. J Thorac Surg 1952; 23: 479-85.
10. Reece JJ, Cooley DA, Frazier OH, Hallman GL, Powers PL, Montero CG - Cardiac tumours. J Thorac Cardiovasc Surg 1984; 88: 439-46.