



Revista Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular/Brazilian Journal of
Cardiovascular Surgery

ISSN: 0102-7638

revista@sbccv.org.br

Sociedade Brasileira de Cirurgia
Cardiovascular

Freire Sobrinho, Adalberto; Ferreira, José Augusto; Pimenta Borém, Marcelo; de Oliveira,
Jefferson Francisco; Rocha Borges, Letícia; Dias, Marco Antônio
Hemangioma intra-atrial esquerdo

Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery,
vol. 20, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 445-448
Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
São José do Rio Preto, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=398941857015>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Hemangioma intra-atrial esquerdo

Capillary-type cardiac hemangioma, in the left atrium

Adalberto Freire SOBRINHO¹, José Augusto FERREIRA¹, Marcelo Pimenta BORÉM¹, Jefferson Francisco de OLIVEIRA¹, Letícia Rocha Borges², Marco Antônio DIAS³

RBCCV 44205-785

Resumo

É apresentado o caso de paciente de 49 anos, sexo feminino, com ecocardiograma e cateterismo cardíaco mostrando massa intra-atrial esquerda, sugerindo mixoma, encaminhada para avaliação cardiológica devido à dispneia. A paciente era ainda portadora de hepatoesplenomegalia esquistossomótica. Após preparo pré-operatório, que incluiu assistência hematológica, a paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, com auxílio de circulação extracorpórea. Apresentou sangramento aumentado no pós-operatório imediato, melhorando após transfusão de plaquetas. O estudo anatomo-patológico revelou tratar-se de hemangioma capilar benigno.

Descritores: Neoplasias cardíacas, cirurgia. Átrios do coração, patologia. Hemangioma, diagnóstico. Hemangioma, cirurgia.

Abstract

A 49-year-old woman, whose echocardiography and hemodynamic study showed a mass in the left atrium suggestive of myxoma, was referred for cardiological evaluation because of dyspnea. She also had schistosomotic hepatosplenomegaly. After a preoperative evaluation with hematological assistance, the patient underwent surgery using a cardiopulmonary bypass. She suffered a hemorrhage in the immediate post-operative period, which improved after platelet transfusion. The histopathologic study showed a capillary-type cardiac hemangioma.

Descriptors: Heart neoplasms, surgery. Heart atria, pathology. Hemangioma, diagnosis. Hemangioma, surgery.

Trabalho realizado no Hospital Evangélico de Belo Horizonte.

1 – Cirurgião cardiovascular do Hospital Evangélico de Belo Horizonte.

2 – Hematologista do Hospital das Clínicas da UFMG.

3 – Patologista do Hospital Evangélico de Belo Horizonte. Professor assistente da Disciplina de Patologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Adalberto Freire Sobrinho.
Rua Wilson Modesto Ribeiro, 185 / 808 – Ipiranga. Belo Horizonte,
Minas Gerais.
CEP 31160-430. Tel: (31) 3426-5534. E-mail: freires@aol.com

Artigo recebido em agosto de 2005
Artigo aprovado em dezembro de 2005

INTRODUÇÃO

Tumores intracardíacos primários são condições extremamente raras, sendo, a grande maioria dos casos relatados, tumores benignos, 50% dos mesmos referentes a mixomas, enquanto 5% a 10% destes representam hemangiomas em várias séries cirúrgicas. Em muitos casos, os hemangiomas são assintomáticos, descobertos acidentalmente por necropsia ou cirurgia cardíaca devido a outra doença associada. Em pacientes sintomáticos, os hemangiomas podem simular doenças valvares, estar relacionados a arritmias, congestão pulmonar, etc, e até mesmo estar associados à morte súbita, de acordo com a localização encontrada. Relatamos um caso de hemangioma de átrio esquerdo, relacionado à dispneia, em paciente portadora ainda de hiperesplenismo importante, de origem esquistossomótica, submetida a exérese cirúrgica do mesmo.

RELATO DO CASO

Paciente de 49 anos, do sexo feminino, portadora de hepatoesplenomegalia esquistossomótica, evoluindo com hipertensão portal e varizes de esôfago, em controle clínico-cirúrgico, foi encaminhada para avaliação cardiológica devido à dispneia aos médios esforços. Ao exame apresentava-se normotensa, o ritmo cardíaco era regular, as bulhas eram normofonéticas, com sopros sistólico/diastólico (1+/6+) em área mitral. A radiografia de tórax mostrava área cardíaca levemente aumentada (1+/4+). O eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal, sem sinais de sobrecarga de câmaras. O ecodopplercardiograma mostrava um átrio esquerdo dilatado, com imagem de massa aderida em sua parede medial, sugerindo

mixoma, sem sinais de hipertensão pulmonar. Foi submetida a estudo hemodinâmico que evidenciou um nódulo em átrio esquerdo, próximo à implantação da valva mitral, fixo, levemente calcificado (provável mixoma) (Figura 1); hipertensão leve em artéria pulmonar, além de aterosclerose coronariana difusa discreta, e ventrículo esquerdo com hipocinesia difusa discreta.

Os exames laboratoriais evidenciaram plaquetopenia importante ($54.000 / \text{mm}^3$), de caráter persistente. A paciente foi encaminhada para avaliação hematológica, tendo sido submetida a mielograma que evidenciou setor megacariocítico em número aumentado, com produção plaquetária evidente, compatível com hiperesplenismo. A paciente foi liberada para submeter-se ao procedimento cirúrgico cardiovascular, após preparo pré-operatório que incluiu a reserva de plaquetas.

O procedimento cirúrgico foi então realizado, com auxílio de circulação extracorpórea, de modo rotineiro. Após a atriotomia esquerda, foi visualizada massa tumoral clara, nodular, encapsulada, com implantação no teto do átrio esquerdo. Foi realizada a ressecção da lesão, sendo a região de sua implantação submetida à eletrocauterização. A saída de CEC procedeu-se rotineiramente, após o retorno espontâneo dos batimentos cardíacos. O tempo de CEC foi de 35 minutos, a uma temperatura de 34° C. Durante o fechamento do tórax, foi realizada hemostasia exaustiva. O material ressecado foi enviado a estudo anatomo-patológico que revelou tratar-se de massa nodular lisa, esbranquiçada, com focos de calcificação, com 2,5 cm de diâmetro, aos cortes sendo evidenciadas áreas hemorrágicas (Figura 2a). A microscopia mostrou lesão benigna com área hialinizada com proliferação vascular capilar revestida por endotélio, além

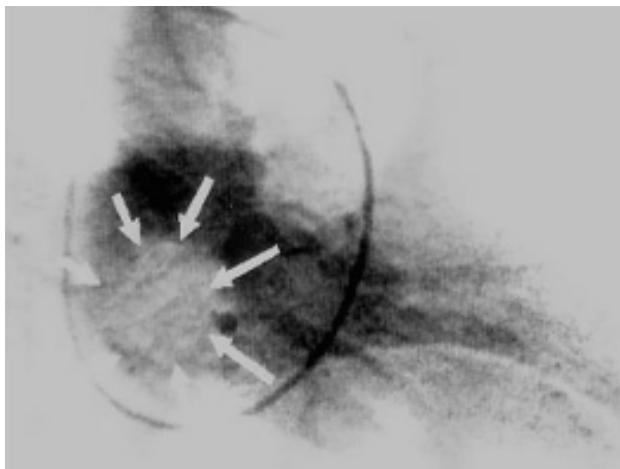


Fig. 1 – Estudo hemodinâmico evidenciando o Hemangioma

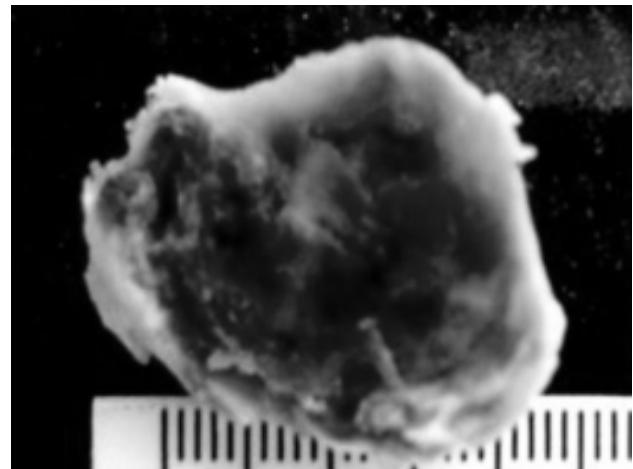


Fig. 2a - Hemangioma - Aspecto macroscópico

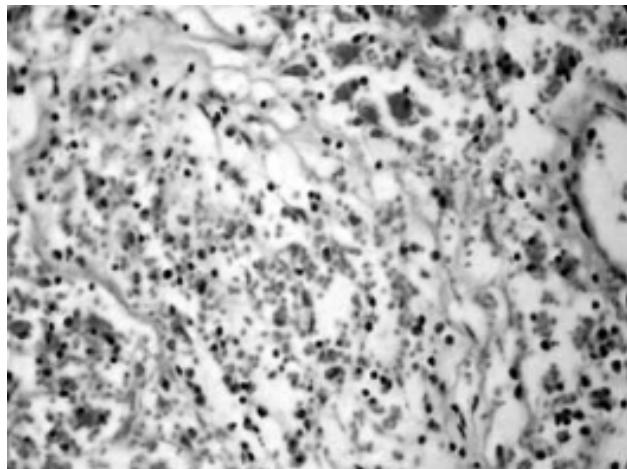


Fig. 2b - Hemangioma - Aspecto microscópico

da presença de vasos sanguíneos com paredes espessas, com focos de calcificação (Figura 2b). Não foram evidenciadas atipias celulares ou tecido mixóide, sugerindo tratar-se de hemangioma capilar benigno.

A paciente apresentou sangramento importante nas 1^{as} horas de pós-operatório, sendo necessária hemotransfusão incluindo reposição de plaquetas para controle do sangramento após a 3^a hora. Apresentou, a partir de então, boa evolução pós-operatória, recebendo alta do CTI no 2º dia e alta hospitalar no 9º dia pós-operatório, sem outras intercorrências. Permanece desde então em controle clínico-cardiológico, com boa evolução, tendo sido ainda reencaminhada para manutenção do controle clínico-cirúrgico e hematológico, devido ao hiperesplenismo.

COMENTÁRIOS

Tumores intracardíacos primários são extremamente raros, com incidência entre as doenças cardíacas variando de 0,001% a 0,3%, sendo benignos cerca de 75% dos mesmos. Dentre os tumores benignos, os mixomas constituem o tipo mais comum (aproximadamente 50%), enquanto que 5% a 10 % dos mesmos são representados pelos hemangiomas em várias séries cirúrgicas [1,2]. Os hemangiomas caracterizam-se histologicamente entre três tipos: cavernoso (formado por vasos múltiplos, dilatados e de paredes finas), capilar (formado por pequenos vasos lembrando capilares) e artério-venoso (formado por pequenas artérias e veias displásicas). Os hemangiomas

cardíacos freqüentemente associam critérios dos três tipos histológicos, contendo ainda tecido fibroso e células de gordura. Cerca de 15% dos hemangiomas envolvem o pericárdio e/ou epicárdio.

Os hemangiomas ocorrem em qualquer idade, porém o diagnóstico ocorre, predominantemente, na faixa compreendida pela 4^a década de vida [3,4]. Nas séries cirúrgicas relatadas, há um predomínio de pacientes do sexo masculino (cerca de 65%). Em muitos casos, os hemangiomas são assintomáticos, descobertos accidentalmente por necropsia ou cirurgia cardíaca devido a outra doença associada. Em pacientes sintomáticos, os hemangiomas podem estar relacionados a arritmias, congestão pulmonar, insuficiência cardíaca, obstrução da via de saída de VE ou VD ou insuficiência coronariana, podendo ainda estar associados à morte súbita, quando relacionados a distúrbios de condução, atribuíveis à proximidade com o nó AV ou à localização ventricular.

Um raro mecanismo de morte súbita em indivíduos com hemangioma cardíaco é a ruptura do tumor na cavidade pericárdica, com tamponamento subsequente. Há uma associação rara dos hemangiomas cardíacos com hemangiomas do trato gastrointestinal [3] ou hemangiomas faciais tipo "mancha em vinho do porto". Hemangiomas gigantes podem ainda estar relacionados à trombose e/ou coagulopatias (síndrome Kasabach-Merritt) [5].

Os hemangiomas cardíacos podem apresentar localização variada. Em várias séries já relatadas, cerca de 34% localizavam-se nos átrios, 27% no ventrículo esquerdo ou septo interventricular, 24% no ventrículo direito, 13% no pericárdio ou epicárdio e 2% na valva mitral [4]. No presente relato, encontramos paciente portadora de plaquetopenia persistente, secundária à hepatoesplenomegalia esquistossomótica, com clínica compatível com doença valvar mitral, com diagnóstico sugestivo de mixoma de átrio esquerdo atribuído por técnicas de imagem (ecocardiograma e estudo hemodinâmico), submetida a cirurgia para exérese do tumor e encaminhamento da peça cirúrgica a estudo anatomo-patológico, com definição histológica e diagnóstico da lesão. A paciente apresentou hemorragia no pós-operatório imediato, respondendo bem à hemotransfusão com reposição plaquetária.

O estudo de fatores predisponentes ao sangramento após cirurgia cardíaca [6], com aumento da necessidade transfusional, relaciona plaquetopenia pré-operatória e uso de CEC (principalmente CEC prolongada com hipotermia). No presente relato, o sangramento aumentado, atribuído principalmente à plaquetopenia prévia, potencializada pelo uso de CEC (embora de curta duração e sem hipotermia profunda), foi corrigido após reposição plaquetária. A paciente apresentou boa evolução a partir de então, sem outras intercorrências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dein JR, Frist WH, Stinson EB, Miller DC, Baldwin JC, Oyer PE et al. Primary cardiac neoplasms. Early and late results of surgical treatment in 42 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1987;93(4):502-11.
2. Murphy MC, Sweeney MS, Putnam JB, Walker WE, Frazier OH, Ott DA et al. Surgical treatment of cardiac tumors: a 25-years experience. *Ann Thorac Surg.* 1990;49(4):612-8.
3. Burke A, Johns JP, Virmani R. Hemangiomas of the heart: a clinicopathologic study of ten cases. *Am J Cardiovasc Pathol.* 1990;3(4):283-90.
4. Abad C, Campo E, Estruch R, Condom E, Barriuso C, Tassies D et al. Cardiac hemangioma with papillary endothelial hyperplasia: report of a resected case and review of the literature. *Ann Thorac Surg.* 1990;49(2):305-8.
5. Gengenbach S, Ridker PM. Left ventricular hemangioma in Kasabach-Merritt syndrome. *Am Heart J.* 1991;121(1 pt 1):202-3.
6. Miana LA, Atik FA, Moreira LF, Hueb AC, Jatene FB, Auler Junior JO et al. Fatores de risco de sangramento no pós-operatório de cirurgia cardíaca em pacientes adultos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2004;19(3):280-6.