

Mixoma auricular: uma causa rara de acidente vascular cerebral isquêmico

Atrial myxoma: a rare cause of ischemic stroke

Carla Eira¹, Ângela Mota¹, Rachel Silvério¹, Rita Monteiro¹, António Monteiro¹

Recebido do Centro Hospitalar Tondela-Viseu.

RESUMO

O mixoma auricular é uma causa rara de acidente vascular cerebral isquêmico, sendo mais frequente em mulheres jovens. Sua etiologia é desconhecida, e as manifestações clínicas ocorrem por obstrução valvular, embolismo ou sintomas constitucionais. Descrevemos o caso de uma mulher de 62 anos com hemiparesia esquerda e ataxia da marcha, com evidência de lesões isquêmicas bilaterais na ressonância magnética cranioencefálica. No ecocardiograma, identificou-se massa auricular esquerda sugestiva de mixoma, submetida à ressecção cirúrgica e confirmação histológica. Posteriormente, foi diagnosticada fibrilação auricular, sendo esta a complicação pós-operatória mais comum. Na suspeita de causa cardiogênica, o ecocardiograma deve ser prontamente realizado, pois o mixoma é potencialmente tratável e tem baixo risco de recorrência após a ressecção cirúrgica. Este caso realça a importância do estudo complementar no acidente vascular cerebral isquêmico e a necessidade de excluir uma fonte embólica proximal na presença de isquemia cerebral em territórios vasculares diferentes.

Descritores: Acidente vascular cerebral/complicações; Mixoma/etiologia; Átrios do coração; Embolia; Isquemia encefálica; Ecocardiografia; Humanos; Relatos de casos

ABSTRACT

The atrial myxoma is a rare cause of ischemic stroke, and is more common in young women. Its etiology is unknown, and clinical manifestations occur due to valve obstruction, embolism or constitutional symptoms. We describe the case of a 62-year-old woman with left hemiparesis and gait ataxia, with evidence

of bilateral ischemic lesions on brain magnetic resonance imaging. On the echocardiogram, a left atrial mass suggestive of myxoma was identified; it was resected, and histologically confirmed. Later, an atrial fibrillation was diagnosed, which is the most common postoperative complication. On suspicion of a cardiogenic cause, the echocardiogram should be promptly performed because the myxoma is potentially treatable with a low risk of recurrence after surgical resection. This case highlights the importance of complementary study in ischemic stroke, and the need to rule out a proximal embolic source in the presence of cerebral ischemia in different vascular territories.

Keywords: Stroke/complications; Myxoma/etiology; Heart Atria; Embolism; Brain ischemia; Echocardiography; Humans; Case reports

INTRODUÇÃO

Os tumores cardíacos primários são extremamente raros, e sua incidência em autópsias varia, de acordo com as séries, entre 0,02%⁽¹⁾ e 0,1%.⁽²⁾ A maioria deles é benigna (75%) e, destes, o mixoma auricular (MA) é o mais comum⁽³⁾ (aproximadamente 50% dos casos).⁽⁴⁾

A apresentação clínica do MA varia desde assintomáticos até complicações cardiovasculares com risco de vida. A tríade clínica inclui sintomas cardíacos, constitucionais e manifestações embólicas, que podem envolver qualquer território vascular.

O MA é uma causa rara de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, mas potencialmente tratável. Sua detecção precoce pode prevenir complicações. O ecocardiograma assume particular destaque no diagnóstico dos MA, devendo ser realizado o mais precocemente possível nos doentes vítima de AVC.

A ressecção cirúrgica é o tratamento de eleição para o MA e, nos casos esporádicos, está associada a baixo risco de recorrência.

Os autores descrevem um caso clínico em que a primeira manifestação do MA foi um AVC isquêmico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 62 anos, raça caucasiana, sem antecedentes médicos conhecidos ou medicação crônica. Recorreu ao serviço de urgência por hemiparesia esquerda com 9 horas de evolução, sem sintomas prévios. Ao exame físico, apresentava-se apirética, hemodinamicamente estável, e com auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações; neurologi-

1. Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Viseu, Portugal.

Data de submissão: 09/10/2017 – Data de aceite: 10/10/2017

Conflito de interesses: não há.

Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Carla Eira

Serviço de Medicina do Centro Hospitalar Tondela-Viseu

Avenida Rei D. Duarte

Código Postal 3504-509 – Viseu, Portugal

Tel.: +351 232 420 500 – E-mail: carla_eira@hotmail.com

camente, com hemiparesia esquerda proximal grau quatro e marcha atáxica. Analiticamente, apresentava-se sem alterações a destacar (hemograma, coagulação, ionograma, função renal e hepática, marcadores de necrose do miocárdio), além de eletrocardiograma em ritmo sinusal.

A tomografia computadorizada craniocéfálica mostrava seqüela vascular córtico-subcortical parietal direita e múltiplas pequenas hipodensidades de natureza isquêmica crônica, sem lesão vascular aguda. A ressonância magnética craniocéfálica mostrava lesões isquêmicas recentes bilaterais em territórios-fronteira (Figura 1).

Em estudo analítico complementar realizado, destacavam-se lipoproteína de baixa densidade-colesterol (LDL-c) 120,9mg/dL; triglicérides 151,1mg/dL; sem outras alterações da ficha lipídica; hormônios da tireoide sem alterações; pesquisa de mutações de risco trombótico negativa (fator V Leiden, protrombinemia G20210, metilenoetrahidrofolato redutase); doseamentos de proteína C e S e antitrombina III sem alterações; autoimunidade negativa; hemoglobina glicada 6,0%; sorologias de sífilis, vírus da imunodeficiência humana 1+2, hepatites B e C negativas; sumária de urina tipo 2 sem alterações. Eco Doppler carotídeo e vertebral mostrava ateromatose homogênea e uma placa fibrolipídica homogênea na bifurcação carotídea direita, sem comprometimento hemodinâmico. O ecocardiograma transtorácico (ETT) identificou imagem eco-

densa móvel inserida na fossa oval (Figura 2), melhor caracterizada posteriormente pelo ecocardiograma transesofágico (ETE) (Figura 3).

No ressonância magnética cardíaca, a massa identificada tinha características morfológicas sugestivas de MA (Figura 4). Realizou-se cateterismo cardíaco, sem evidência de lesões coronárias ou carotídeas. Cumpriu-se programa de reabilitação durante o internamento, com recuperação dos défices. Após 6 semanas, a paciente foi submetida à cirurgia cardíaca com exérese completa do tumor; no intraoperatório, foi encontrada evidência de massa de aspecto gelatinoso friável, cujo resultado histológico confirmou o diagnóstico de MA.

No pós-operatório, apresentou fibrilação auricular, tendo sido iniciada anticoagulação com varfarina e bisoprolol 2,5mg uma vez ao dia. Foi medicada também com rosuvastatina 10mg uma vez ao dia e pantoprazol 20mg uma vez ao dia.

Não houve recidiva do evento cerebrovascular ou MA no *follow-up* de 2 anos.

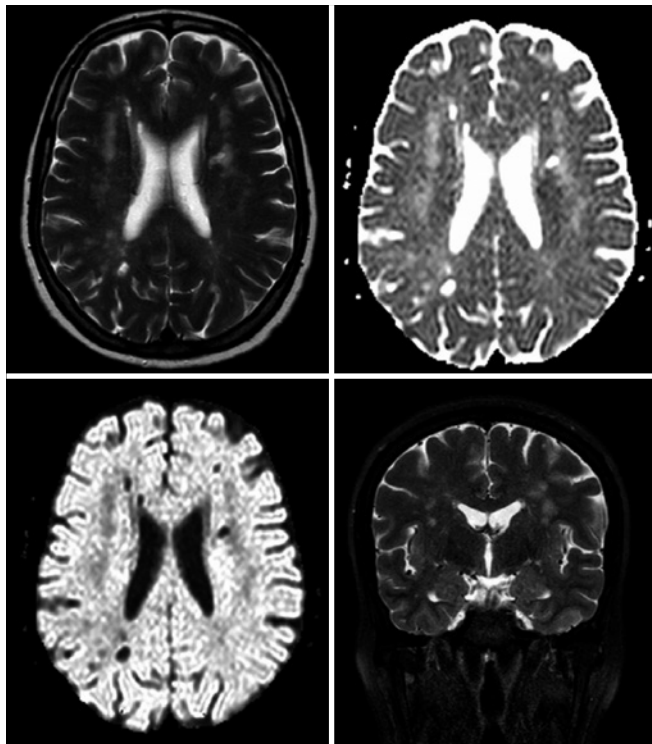


Figura 1. Ressonância magnética craniocéfálica. Múltiplas lesões isquêmicas recentes em território fronteira (córtico-subcorticais frontais, parietais e occipitais bilaterais, e cerebelosa profunda à direita).

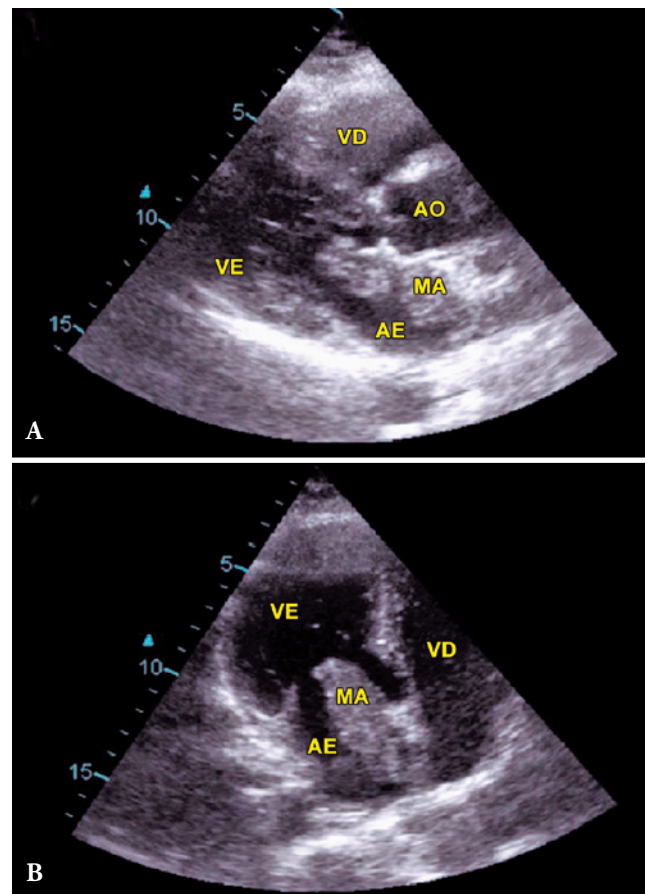


Figura 2. Ecocardiograma transtorácico em janelas paraesternal em eixo longo (A) e apical eixo longo (B). Imagem ecodensa com 37x24x18mm, móvel, inserida na região da fossa oval na aurícula esquerda, com prolapso para o ventrículo esquerdo em diástole. AE: aurícula esquerda; AO: artéria aorta; MA: mixoma auricular; VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.

DISCUSSÃO

O MA é responsável por menos de 0,5% dos casos de AVC isquêmico.⁽⁵⁾ Estudos recentes referem que 9 a 22% dos doentes com MA sofrem AVC por embolismo cerebral, muitas vezes com AVC recorrentes.⁽²⁾

A incidência é superior na mulher (razão 2:1)⁽⁶⁾ e, habitualmente, surge entre a terceira e a sexta décadas de vida.^(1,4-6) O MA é cada vez mais diagnosticado em idosos, e seu predomínio no sexo feminino desaparece acima dos 65 anos.⁽⁷⁾

A localização mais frequente é a aurícula esquerda (75 a 80%), sendo inserido no septo interauricular em torno da fossa oval.⁽⁸⁾

Sua etiologia é desconhecida, e a maioria dos casos é esporádica. Cerca de 10% tem componente genético autossômico dominante.⁽²⁾

A tríade clínica clássica inclui sintomas obstrutivos (obstrução valvular e insuficiência ventricular), manifestações embólicas (em qualquer território arterial, sendo o cerebral o mais

frequentemente envolvido) e sintomas constitucionais (febre, astenia, mialgias, artralgias e perda ponderal).⁽⁶⁾ Cerca de 20% é assintomática,^(2,6) sendo descoberta incidentalmente em exames de imagem.

Os sintomas cardíacos obstrutivos (40 a 60%) e constitucionais (30 a 90%) são os mais frequentes na apresentação,⁽⁷⁾ e as manifestações embólicas podem ocorrer em 30 a 40% dos doentes.^(1,4)

Os doentes com complicações neurológicas são habitualmente jovens,⁽⁴⁾ e o AVC ou acidente isquêmico transitório são as manifestações neurológicas mais comuns (82%), que ocorrem por embolização de fragmentos do tumor, formação de trombos ou ambos.⁽⁹⁾ O AVC por embolismo da artéria cerebral média

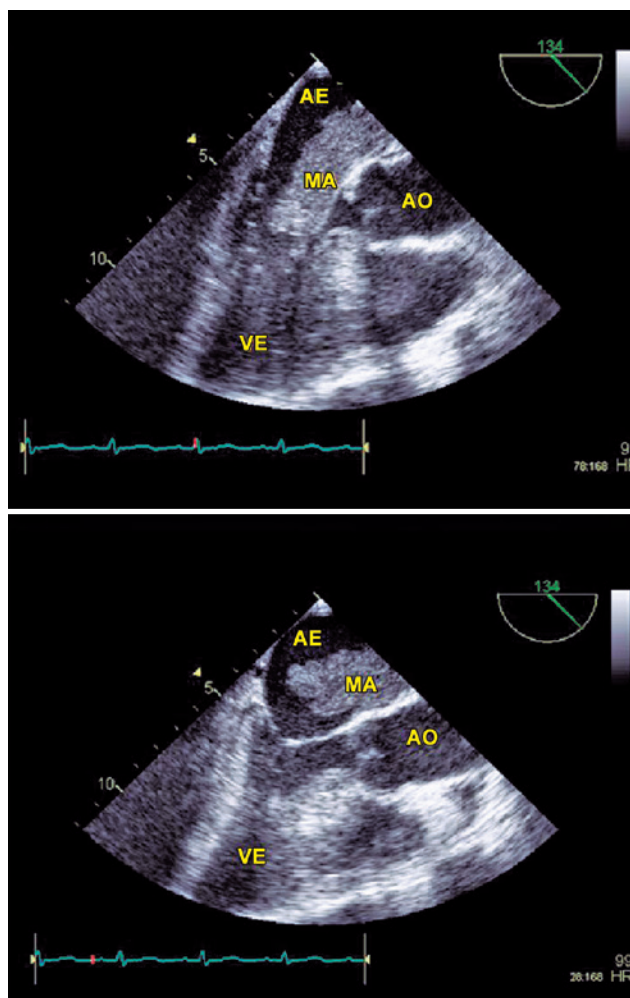


Figura 3. Ecocardiograma transesofágico. Massa de aspecto fríavel na aurícula esquerda e pedículo aderente à região da fossa oval, prolapsando para o ventrículo esquerdo em diástole. AE: aurícula esquerda; AO: artéria aorta; MA: mixoma auricular; VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.

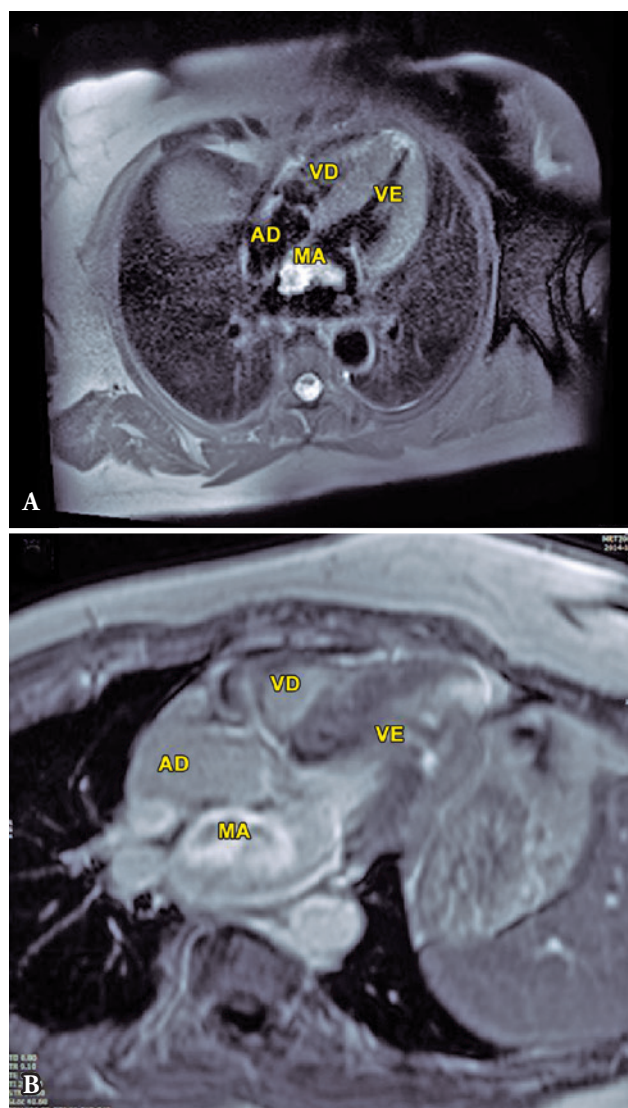


Figura 4. Ressonância magnética cardíaca, incidência de quatro câmaras com imagem ponderada em T1 (A) e sequência de realce tardio (B). Massa na aurícula esquerda com características morfológicas sugestivas de mixoma. AD: aurícula direita; MA: mixoma auricular; VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.

é o mais comum, enquanto que o envolvimento da circulação posterior ou de pequenos vasos é raramente encontrada.⁽⁵⁾

Habitualmente, os MA são solitários. O tamanho deles varia entre 0,4 e 6,5cm. Morfologicamente, dividem-se em dois tipos: tipo 1, com superfície irregular ou vilosa e pedículo longo (associados a maior risco de embolização); e tipo 2, com superfície lisa e consistência mole.⁽⁸⁾

O ETT é um excelente exame inicial para detecção de massas cardíacas, com sensibilidade de 90% e especificidade de 95%.⁽⁴⁾ O ETE permite uma visualização mais detalhada das estruturas anatômicas, sendo útil na determinação do tamanho, localização, aderência, relação com estruturas adjacentes e mobilidade do tumor.⁽⁴⁾ A ressonância magnética cardíaca tem também papel importante na caracterização dos MA, permitindo distinguir entre massas tumorais ou não tumorais (sensibilidade de 94% e especificidade de 91%), benignas ou malignas (sensibilidade de 89% e especificidade de 100%).⁽⁴⁾

A ressecção cirúrgica é considerada curativa e está indicada nos doentes com eventos embólicos prévios.⁽⁸⁾ Deve ser realizada tão cedo quanto possível, pelos riscos de recorrência do embolismo ou obstrução valvular. O prognóstico pós-operatório é variável e depende da idade do doente, comorbidades, situação clínica pré-operatória e eventual necessidade de efetuar outros procedimentos cirúrgicos associados à ressecção do MA.⁽⁷⁾ A FA é a complicação pós-operatória mais comum (10 a 40%)⁽³⁾ e está associada à maior morbidade. A idade e o tamanho da aurícula esquerda são fatores preditores independentes de ocorrência de FA no pós-operatório de cirurgia cardíaca.⁽¹⁰⁾

O risco de recorrência, ainda que baixo nos casos esporádicos (1 a 3%),^(1,4) obriga a um seguimento regular com ecocardiografia. A maioria das recorrências surgem nos primeiros 4 anos após a ressecção.

A presença de enfartes em territórios vasculares diferentes leva à exclusão de fonte embólica proximal. Na ausência de fibrilação auricular, a possibilidade de MA deve ser equacionada, e o ETT deve ser prontamente realizado.

Neste caso estamos diante de manifestações embólicas (embolismo cerebral por MA friável) e obstrutivas (obstrução da válvula mitral e prolapso do MA para o ventrículo esquerdo durante a diástole, comprometendo o enchimento ventricular,

com consequente diminuição do débito cardíaco e hipoperfusão cerebral, originando, assim, fenômenos de isquemia em territórios-fronteira).

Apresentamos este caso por conta de sua raridade, uma vez que a doente apresentava MA de dimensões consideráveis, sem sintomas prévios; pela relevância da iconografia; e pela importância da avaliação precoce das possíveis etiologias do AVC isquêmico, permitindo um tratamento atempado.

REFERÊNCIAS

1. Kong Y, Li H, Wang J, Chai Y, Hou W, Zhang N. Left ventricular myxoma leading to stroke: a rare case report. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(45):e1913.
2. Iyer P, Aung MM, Awan MU, Kososky C, Barn K. A case of large atrial myxoma presenting as an acute stroke. *J Community Hosp Intern Med Perspect*. 2016;6(1):29604.
3. Vroomen M, Houthuizen P, Khamooshian A, Soliman Hamad MA, van Straten AH. Long-term follow-up of 82 patients after surgical excision of atrial myxomas. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2015;21(2):183-8.
4. Kebede S, Edmunds E, Raybould A. A large left atrial myxoma causing multiple cerebral infarcts. *BMJ Case Rep*. 2013;2013.
5. Gokhale S, Pfannl R, Ramos-Estebanez C. An unusual cause of stroke in a 55-year-old woman. *Int J Neurosci*. 2014;124(3):223-5.
6. Liao WH, Ramkalawan D, Liu JL, Shi W, Zee CS, Yang XS, et al. The imaging features of neurologic complications of left atrial myxomas. *Eur J Radiol*. 2015;84(5):933-9.
7. Bordalo AD, Alves I, Nobre AL, Silva F, Lemos A, Serpa C, et al. [New clinical aspects of cardiac myxomas: a clinical and pathological reappraisal]. *Rev Port Cardiol*. 2012;31(9):567-75. Portuguese.
8. Haroun MJ, Nair V, Salehian O. Now you see it, now you don't? *Circulation*. 2015;131(21):1872-9. Comment in: *Circulation*. 2016; 133(2):e20.
9. Baek SH, Park S, Lee NJ, Kang Y, Cho KH. Effective mechanical thrombectomy in a patient with hyperacute ischemic stroke associated with cardiac myxoma. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2014; 23(9):e417-9.
10. Sahin M, Tigen K, Dundar C, Ozben B, Alici G, Demir S, et al. Postoperative atrial fibrillation in patients with left atrial myxoma. *Cardiovasc J Afr*. 2015;26(3):120-4.