

# MIXOMA DA AURICULA ESQUERDA APRESENTANDO-SE POR ACIDENTES CEREBRO-VASCULARES DE REPETIÇÃO

ANA SERRANO, JOÃO MACHADO, L. PIRES GONÇALVES, RUI PROENÇA  
Serviço de Medicina 1. Hospital Curry Cabral. Lisboa.

## RESUMO

Os mixomas da aurícula esquerda (AE) quando responsáveis por acidentes cerebro-vasculares (AVC) embólicos podem não ser identificados se não houver durante a avaliação do doente com AVC de etiologia desconhecida um elevado índice de suspeição. A este propósito os autores apresentam um caso de mixoma da AE num doente de 57 anos, com vários AVC isquémicos sempre no mesmo território, sugerindo patologia carotídea e cuja observação apenas evidenciava, além dos sinais focais, reforço do 1º som cardíaco. O Ecocardiograma foi decisivo no diagnóstico e a Ressonância Magnética (RNM) possibilitou uma melhor localização do mixoma. A doente foi operada com sucesso e no fim de 18 meses, apresentou-se bem.

## SUMMARY

### Left atrial myxoma presenting repeated ischemic strokes

Infarction of the central nervous system secondary to embolism from a left atrial myxoma is a recognized phenomenon. However, a myxoma as the source of an embolus may be overlooked, if, during the evaluation of a patient with a stroke of unknown etiology, an index of suspicion is not present. We report a case of a 57-year old woman presenting three episodes of cerebral infarction always in the same brain territory, suggesting a carotid pathology. The physical examination of the patient only showed a loud S1 with no other sounds and neurologic alterations, namely, right hemiparesia and aphasia. Diagnosis was made by two-dimensional echocardiography and better delineation was obtained by magnetic resonance imaging (MRI). The patient subsequently received a successful resection of the myxoma. Eighteen months later the patient was well.

## INTRODUÇÃO

A incidência de tumores primários do coração é muito baixa (0,0017 a 0,28 % em autópsias) <sup>1</sup>, sendo o mixoma o mais frequente. O seu diagnóstico torna-se muitas vezes difícil pelo polimorfismo dos sinais e sintomas acompanhantes que sugerem ou simulam frequentemente, outras doenças cardiovasculares e/ou sistémicas. No entanto, sendo a maioria curável pela cirurgia é fundamental estabelecer o seu diagnóstico. No *Quadro 1* (extraído do livro *Heart Disease, a Textbook of cardiovascular Medicine - Braunwald*), recorda-se a apresentação clínica do mixoma numa série de 130 doentes.

Actualmente, os avanços das técnicas diagnósticas não invasivas, em particular, a ecocardiografia bidimensional, a tomografia axial computadorizada (TAC) e a ressonância magnética (RNM), facilitam muito o diagnóstico, mas não dispensam a necessidade de um elevado índice de suspeição.

Como já foi dito, dos tumores cardíacos benignos os mixomas são de longe os mais comuns, habitualmente localizados na A.E: (86%) <sup>2</sup> e quase sempre solitários (90%) <sup>3</sup>. Em 90% dos casos surgem no septo auricular, muitas vezes na região da fossa ovalis. Em cerca de 7% <sup>4</sup> podem ser familiares, de transmissão autossómica dominante, associados a lesões ou tumores de outros órgãos. Nestes últimos casos os doentes são habitual-

mente mais jovens, com mixomas múltiplos envolvendo outras cavidades que não a aurícula esquerda e com mais recidivas no pós-operatório.

#### QUADRO I – Apresentação Clínica do Mixoma em 130 doentes

Sinais e sintomas da doença mitral	57
Fenómenos Embólicos	36
Ausência de sintomas Cardíacos – achado acidental	16
Sinais e sintomas da doença valvular tricúspide	6
Morte súbita	5
Pericardite	4
Enfarte do Miocárdio	3
Sinais e sintomas de doença valvular pulmonar	2
Síndrome Febril indeterminado	2

Após estas considerações apresentamos um caso de mixoma da aurícula esquerda numa doente recentemente internada no nosso Serviço que teve a particularidade de se manifestar por acidentes isquémicos de repetição sempre no mesmo território cerebral, sugerindo patologia carotídea.

#### CASO CLÍNICO

M. L.; sexo feminino, 57 anos, raça caucasiana, reformada de empregada do comércio, internada pelo banco do Hospital de S. José em 29.03.91 por desorientação temporo-espacial, hemiparésia direita e disartria.

#### RESUMO DA DOENÇA ACTUAL:

Nos últimos 5 anos a doente teve 3 episódios transitórios de diminuição da força muscular à direita e disartria, com regressão espontânea em menos de 24 horas. Em Outubro de 90 foi internada por hemiparésia direita e afasia com recuperação parcial, passando a ser seguida em consultas de neurocirurgia e fisioterapia. No dia do internamento, teve instalação súbita de desorientação temporo-espacial e agravamento da diminuição da força muscular à direita e disartria. A doente negou, durante este tempo, episódios febris, cefaleias, queixas cardio-respiratórias ou osteoarticulares.

ANTECEDENTES PESSOAIS, FAMILIARES E GINECOLÓGICOS: Sem interesse.

EXAME OBJECTIVO: (elementos positivos).

Regular estado geral  
T. A. 120-75 mmHg  
Pulso radial 88 ppm, regular, ritmico e amplo  
Pulsos carotídeos sem alterações  
Auscultação cardíaca – reforço e prolongamento do 1º tom

#### EXAME NEUROLÓGICO SUMÁRIO:

Desorientada no tempo e no espaço, disártrica, parésia facial direita tipo central e hemiparésia direita flácida. Fundos oculares sem alterações.

#### EXAMES COMPLEMENTARES:

- HEMOGRAMA:  
normal com VS de 13 mm / 1ªh
- VDRL: negativo
- FUNÇÃO RENAL e HEPÁTICA: normais
- PROTEÍNAS TOTAIS de 8,0 g / dl com globulinas: normais
- SEROLOGIA PARA COLAGENOSSES (incluindo anticorpos anticardiolipina): negativa
- ESTUDO DA COAGULAÇÃO, particularmente antitrombina III, proteína C e Proteína S: dentro dos valores normais
- RADIOGRAFIA do TORÁX (P.A.): normal
- TAC CRÂNIO-ENCEFÁLICO COM CONTRASTE: multienfartes no hemisfério esquerdo
- ECO DOPPLER CAROTÍDEO: normal
- ECOCARDIOGRAMA:  
massa móvel, pediculada (pedículo curto aderente ao folheto anterior da válvula mitral (face auricular) e com proclividade na sístole para o V.E. produzindo eco de arrasto, compatível com mixoma da aurícula esquerda (Figura 1 e 2).

Perante o diagnóstico ecográfico e como à auscultação cardíaca apenas se encontrava, por repetidas vezes e com a doente em várias posições, um 1º tom bem batido, foi efectuado um **fonocardiograma** que confirmou unicamente reforço do 1º tom, sem alterações adicionais. De seguida a doente efectuou uma **RNM cardíaca** para melhor caracterização anatómica pré-operatória do tumor, que confirmou a lesão pediculada com um componente intra-luminal, auricular, de ponto de partida ao nível de lesão expansiva inter-septal.

#### EVOLUÇÃO

A doente foi transferida para o Serviço de Cirurgia Córdio-Torácica do Hospital de Santa Marta onde foi submetida a ressecção cirúrgica do tumor, tendo-se confirmado a localização indicada pela RNM. O exame histológico do tumor, que media cerca de 5 cmx2 cm, confirmou mixoma. Ao fim de 18 meses a doente encontra-se bem.

#### DISCUSSÃO

O diagnóstico de mixoma na nossa doente não se apresentou de maneira nenhuma de forma linear, na medida em que a sua história de acidentes isquémicos de repetição, sempre localizados no mesmo território, fazia pressupor patologia carotídea. Aliás este aspecto poderia ter justificado uma angiografia cerebral, que não pareceu necessária a partir do diagnóstico da massa intracardíaca, sugestiva de mixoma. A dificultar o diagnóstico havia ainda a informação de que no anterior internamento tinha efectuado um ecocardiograma considerado normal e por outro lado, a auscultação cardíaca mesmo com as mudanças de posição, não favorecia o diagnóstico, embora o achado de um reforço do 1º som na

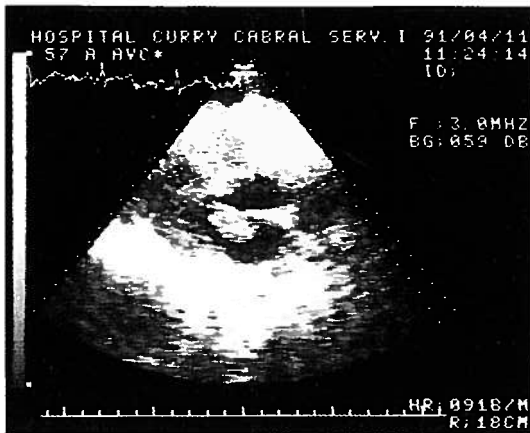


Fig. 1: Incidência para-esternal, em eixo longitudinal e representação esquemática correspondente

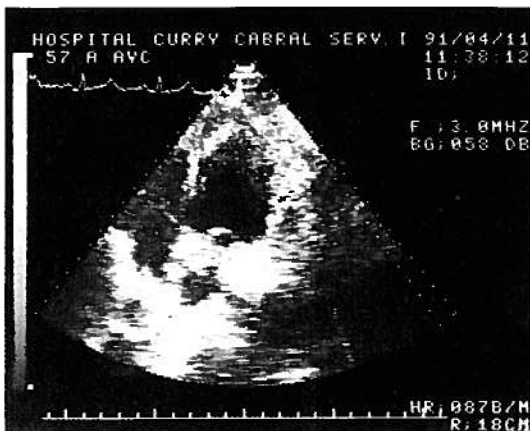
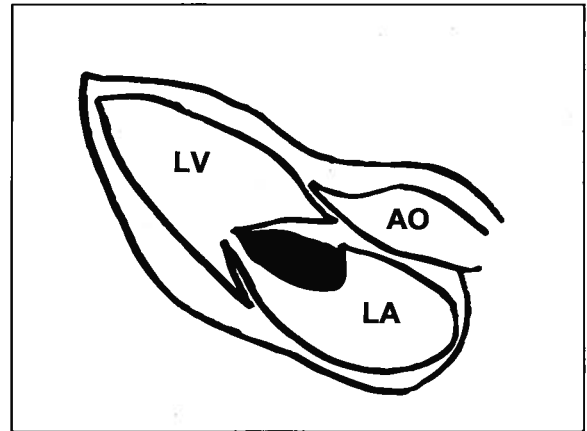
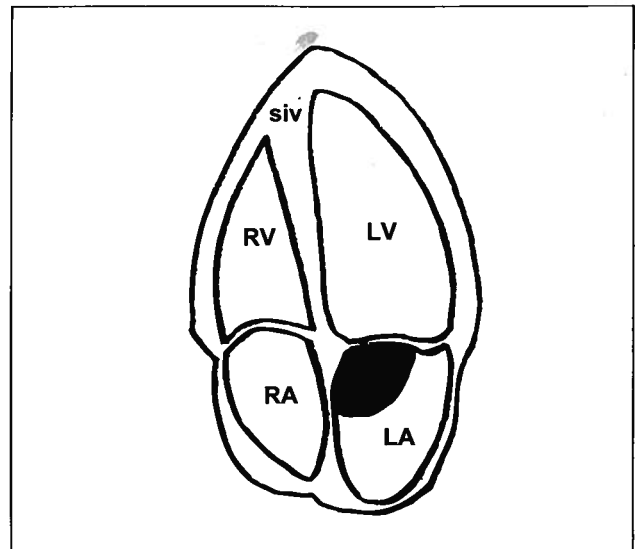


Fig. 2: Incidência apical quatro câmaras e representação esquemática correspondente



ausência de um P-R curto ou de um sopro diastólico mitral, deva, segundo a literatura, levantar a suspeita de mixoma auricular esquerdo<sup>1</sup>. Aliás a benignidade da auscultação cardíaca, no nosso caso, foi um elemento que dificultou o diagnóstico. Com efeito, o que é comum nos mixomas que prolapsam, é auscultar-se um sopro diastólico associado à obstrução valvular e um som diastólico simulando um ruído de abertura. Este último, o tumor *Plop*, quando está presente é ouvido ligeiramente mais tarde na diástole do que o ruído de abertura mitral e mais cedo que o 3º som, sendo frequentemente confundido quer com o ruído de abertura quer com o 3º som<sup>1</sup>. O tumor *Plop*, é no entanto, audível apenas em cerca de 30% dos casos dos doentes com mixoma pediculado. O sopro mitral, contudo, pode não estar presente, se a massa tumoral não é suficiente para causar obstrução significativa, o que parece ter acontecido no nosso caso.

O ecocardiograma constituiu o exame fundamental de diagnóstico, indiscutivelmente complementado pela RNM que permitiu determinar com rigor a localização, confirmada cirurgicamente.

Este caso ilustra a importância do estudo etiológico exaustivo dos acidentes cerebrovasculares particularmente em doentes jovens e sem factores de risco para doença cerebrovascular, como era o caso da nossa doente<sup>2,3,4,5</sup>. Neste contexto é mandatório a realização de um ecocardiograma.

Por último chama-se a atenção para a necessidade de ter presente a suspeita clínica de mixoma perante as suas apresentações mais involgares.

#### BIBLIOGRAFIA

1. WILSON S. COLUCCI, EUGENE BRAUNWALD: Primary Tumors of the heart. Heart Disease: A Text Book of Cardiovascular Medicine 4 th ed. 1992; 1451 - 1464
2. B BONNEFOI, T MESANA, JF CAMILLERI, G HABIB, JP AZULAY, R KHALIL: Troubles Neurologiques Révélateurs d'un Myxome Auriculaires: Trois cas Rev Neurol (Paris), 1990; 146: 508-510.
3. ROBERT YUFE, GEORGE KARPATI, STIRLING CARPENTER. Cardiac Myxoma: A Diagnostic Challenge for the Neurologist. Neurology 1976; 26: 1060 - 1065
4. LAURIE E KNEPPER, JOSÉ BILLER, HAROLD P ADAMS JR, ASKIEL BRUNO: Neurologic Manifestations of atrial Myxoma. A 12 - year Experience and Review. Stroke 1988; 19: 1435 - 1440
5. CHARLES L BRANCH JR, D WAYNE LASTER, L KELLY JR.: Left atrial Myxoma with Cerebral Emboli. Neurosurgery 1985; 16: 675 - 680.