

AVALIAÇÃO E RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS MIXOMAS CARDÍACOS *

J. Queiroz e Melo, A. Starr

Division of Cardiopulmonary Surgery. University of Oregon Health Sciences Center. Portland. Oregon.

RESUMO

Fez-se o estudo retrospectivo de 18 doentes operados a mixomas intracardíacos. Em 11 % destes doentes, a sua forma de apresentação clínica foi de síndrome febril indeterminada. Encontraram-se lesões intracardíacas associadas mais frequentemente (28 %) do que seria de esperar. Destas, sobressai a associação de estenose mitral e mixomas auriculares esquerdos (21 %) ($CL > 6\%$ ° $p < 0,025$). Descrevem-se os diferentes tempos cirúrgicos e seus riscos. Dividiram-se os doentes em 2 grupos conforme foram tratados com remoção do septo interauricular (A) ou não (B). A mortalidade operatória foi nula nos 2 grupos e a morbilidade foi de 5 % no grupo A e nula no grupo B (p não significativo). O follow-up tardio é de 46 meses no grupo A e 44 no grupo B. Não houve qualquer complicação trágica. Os autores concluem que o tratamento cirúrgico dos mixomas cardíacos é seguro e o prognóstico destes doentes excelente. Não há necessidade de fazer por rotina a excisão do septo interauricular.

Os mixomas são os tumores primitivos do coração mais frequentes. Consoante as estatísticas constituem de 40 a 70 % destes.^{1, 2} O seu tratamento é sempre cirúrgico. A escolha do método operatório a utilizar é um ponto controverso.^{3, 8} O resultado de cada uma das técnicas tem de ser avaliado em função dos resultados imediatos e recuperação funcional conseguida a longo prazo: a maior parte dos trabalhos publicados omite este último aspecto que é tão importante como o primeiro.^{8, 9}

MATERIAL E MÉTODOS

De 1968 a 1978 foram operados no St. Vincent's Hospital e University Hospital da U. O. H. S. C., 18 doentes com mixomas cardíacos. Todos os processos clínicos e exames complementares de diagnóstico foram revistos pelos autores. Para avaliação da técnica e achados intra-operatórios usaram-se os relatórios e diapositivos tirados na ocasião. A avaliação pós-operatória foi feita por observação directa dos doentes e, quando isto não foi possível, por contacto telefónico e relatório pedido ao médico assistente.

RESULTADOS

A idade dos doentes variava entre 15 e 73 anos (média 45). Sessenta e oito por cento dos doentes eram do sexo feminino e trinta e dois por cento do sexo masculino. O quadro clínico que levou ao diagnóstico é apresentado no Quadro 1. Os sinais radio-

* Comunicação apresentada na North Pacific Surgical Association, Seattle, (1979).

gráficos e electrocardiográficos estão descritos no Quadro 2. Em todos os casos o diagnóstico, suspeitado pelo quadro clínico, foi confirmado por angiografia e/ou ecocardiografia.

Quadro 1

Forma de apresentação clínica (N = 18)

Insuficiência cardíaca	63 %
Síndrome febril indeterminada	11 %
Síncope	11 %
Dor précordial	5 %
Palpitações	5 %
Fenómenos embólicos	5 %

Quadro 2

Achados radiográficos e electrocardiográficos (N = 18)

Radiografia do torax		Electrocardiograma	
Normal	53 %	Normal	47 %
Cardiomegalia	21 %	Dilatação de AE	42 %
Cardiomegalia e insufic. cardíaca	26 %	Dilatação da AE e hipertrofia do VD	11 %
		AE — aurícula esquerda	
		VD — ventrículo direito	

Todas as operações foram efectuadas com esternotomia mediana e circulação extra-corporal com hipotermia a 29° C. Setenta e nove por cento dos mixomas tinha a sua origem no septo interauricular esquerdo, 16 % no septo interauricular direito e 5 % na parede da aurícula direita. Nos tumores localizados na aurícula direita prestou-se muita atenção à canulação venosa. Se houve qualquer suspeita de que o tumor possa ser tocado pela sonda, canulou-se directamente a, ou as veias cava.

Em tumores da aurícula esquerda a aorta é clampada tão cedo quanto possível. Após o doente estar em perfusão e se ter aberto a cavidade em que se encontra o tumor avalia-se a localização e extensão do tumor. Em 44 % dos nossos casos fizemos extirpação sub-endocárdica do tumor, pela sua base, deixando a continuidade do septo intacta. Nos casos em que esta base era demasiado larga ou profunda, ressecámos uma parte do septo juntamente com o tumor. O defeito septal resultante foi encerrado por sutura directa (22 %) ou com um retalho de dacron (33 %): num doente com mixoma auricular esquerdo fizemos a sua extirpação através da aurícula direita usando a técnica descrita por Kabbani.⁷

Após a excisão do tumor lavamos cautelosa e demoradamente as cavidades envolvidas, com soro fisiológico. Procuramos sempre outros tumores ou a possível extensão do tumor primitivo.

Nas nossas séries nunca encontramos tumores múltiplos.

A frequência de lesões intra-cardíacas associadas foi de 28 %. Dois doentes tinham estenose mitral reumatisal, um insuficiência mitral por prolapso e dois tinham comunicação inter-auricular (CIA). Todas estas lesões foram corrigidas no mesmo tempo operatório: comissurotomia mitral (2), anuloplastia mitral (1), encerramento directo da CIA (2).

Não houve mortalidade operatória. A única complicação pós-operatória foi num doente de 73 anos que teve um acidente vascular cerebral no 3.º dia pós-operatório tendo ficado com hemiparésia definitiva.

O follow-up destes doentes varia entre 1 mês e 2 anos.

Seguimos presentemente 14 destes doentes. O tempo médio do seu follow-up é de 55 meses. Os outros 4 doentes deixaram de ser seguidos após um tempo médio de 34 meses.

Durante este período, um doente morreu num acidente de automóvel e num dos doentes em que tinha sido feita uma comissurotomia mitral foi necessário a implantação de uma prótese mitral.

O tempo do follow-up destes doentes, quando divididos em 2 grupos, A e B, conforme tiveram ou não excisão do septo, é similar (Quadro 3).

Quadro 3

Follow-up tardio (N=18)

Operação	Média (meses)
Excisão simples	46
Excisão com septectomia e encerramento directo	41
Excisão com septectomia e encerramento com retalho	57

DISCUSSÃO

Os tumores do coração são raros. Os mixomas, sendo histologicamente benignos, podem, pela sua localização (fig. 1) ou comportamento, fazer perigar a vida dos doentes ou causar lesões irreparáveis.

No início da experiência deste grupo, 2 doentes tiveram edema pulmonar agudo, relacionado com as manipulações diagnósticas.¹⁰ Por isso, todos os doentes com mixomas e queixas sugestivas de oclusão valvular ou aqueles em que os exames complementares mostrem que as suas dimensões são susceptíveis de a isso conduzir, deverão ser tratados como urgências cirúrgicas.

A idade, sexo, quadro clínico e resultados dos exames complementares, nos nossos doentes, enquadram-se e confirmam os dados e achados já descritos por outros autores.^{1, 4, 5}

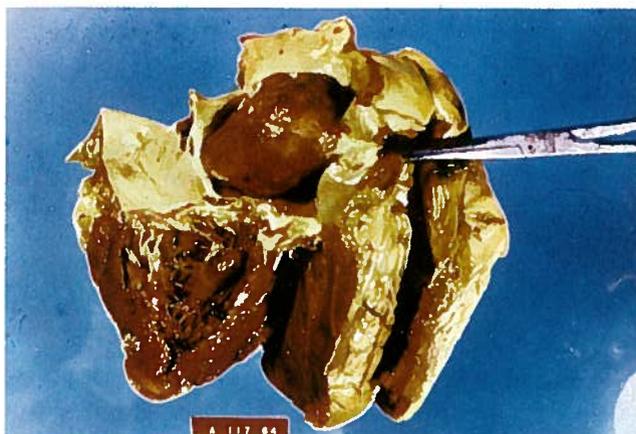


Fig. 1 — *Mixoma da A. E. em doente que morreu por oclusão aguda da válvula mitral, antes de poder ser operado*

A apresentação clínica sob a forma de síndrome febril indeterminada acompanhada de taquiarritmia foi pouco habitual mas levou à suspeita clínica e possibilitou o diagnóstico.

A única causa de morbidade foi um fenómeno provavelmente embólico. Pensamos que foi devido a desprendimento tumoral na altura da operação, tendo embolizado posteriormente.

Um dos maiores perigos desta operação é o seu potencial para provocar embolias tumorais, sobretudo na altura da excisão do tumor e durante a canulação venosa nos tumores auriculares direitos. A passagem de laçadas em volta das veias cavas e a abertura das aurículas têm também um grande risco. Porém, se todas estas etapas forem executadas correctamente a incidência de complicações é negligível.

Nos nossos doentes, 3 tinham patologia mitral. Outros autores têm também encontrado esta associação e põem a hipótese de lesões mitraes terem origem traumática. O embate repetido do tumor na válvula causar-lhe-ia um processo inflamatório com fibrose residual. Nos nossos casos esta explicação é pouco convincente. A distância dos tumores em relação à válvula, história prévia de febre reumática em 2 doentes e o aspecto intra-operatório das válvulas, contrariam esta hipótese patogénica.

Surpreendeu-nos a frequência da associação de mixomas auriculares esquerdos e de patologia mitral (3/14):

O limite inferior dos *confidence bands* para esta associação é de 6,3 %. ($p < 0,025$). Este valor está muito acima da incidência da patologia mitral na população em geral.

Os doentes com patologia mitral têm, pois, maior probabilidade de ter mixomas da aurícula esquerda. Este facto necessita de maior clarificação e seguramente terá importância na compreensão da etiologia destes tumores.

O prognóstico destes doentes é excelente, como o prova a ausência de recidiva ou qualquer complicação tardia.

Tal como descrevemos, pensamos que por rotina não é necessário fazer a remoção do septo inter-auricular em toda a espessura. Baseamos esta opinião na nossa experiência e no facto de alguns dos casos escritos de recidiva de mixoma, terem sido tratados com excisão do septo.

SUMMARY

EVALUATION AND OUTCOME OF SURGICALLY REMOVED CARDIAC MYXOMAS

A retrospective study of 18 patients operated on for myxomas of the heart is presented. The presenting feature was fever of unknown origin in 11 % of the cases. The pre and intra-operative findings showed an incidence of 28 % of intracardiac associated anomalies. Of these there is an unusual association of mitral stenosis and left atrial myxomas (21 %) (C:L \geq 6 % — p 0.025).

The operative steps are explained and its dangers emphasized. The patients were divided in 2 groups, A and B, according to whether they had removal of the interatrial septum or not. No operative death in either group was observed and morbidity was 5 % in group A and none in group B (p non significant). Late follow-up in group A was 46 months and in group B 44 months.

There was no late complication in either group. The conclusion is that the operative treatment of myxomas of the heart is safe and that these patients prognosis is good. There is no need for routine full-thickness excision of the septum.

BIBLIOGRAFIA

1. STRAUSS R, MERLIS R: Primary tumor of the heart. *Arch Path* 1945; 39: 74.
2. HEATH D: Pathology of Cardiac Tumors. *Am J Cardiol* 1968; 21: 315.
3. CASTANEDA AR, VARCO RL: Tumors of the heart: Surgical Considerations. *Am J Cardiol* 1968; 21: 357.
4. COLLINS HA, COLLINS IS: Clinical experience with cardiac myxoma. *Ann Thorac Surg* 1972; 13: 450.
5. THOMAS KE, WINCHELL CP, VARCO RL: Diagnostic and surgical aspects of left atrial tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1967; 53: 536.
6. READ RC, WHITE HJ, MURPHY M, WILLIAMS D, FLANAGAN W: The malignant potentiality of left atrial myxoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1974; 68: 857.
7. KABBANI S, COOLEY DA: Atrial myxoma, surgical considerations. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1973; 65: 731.
8. MILLER JI, MANKIN HT, BROADBENT JC, GUILIANI ER, DANIELSON GK: Primary cardiac tumors. Surgical considerations and results of operation. *Circulation* 1972; 45 (Suppl I): 134.
9. CROXSON RS, JEWITT D, BENTAL HH, CLELAND WP, GOODWIN JF: Long-term follow-up of atrial myxomas. *Br Heart J* 1972; 34: 1018.
10. MARPOLA DGF, KLOSTER FE, BRISTOW JD, GRISWOLD HE: Atrial Myxoma, a Continuing Diagnostic Challenge. *Am J Cardiol* 1969; 23: 597.

Pedido de Separatas: J. Queiroz e Melo
 Av. Duque d'Ávila 8, 6.º-Dto.
 1000 Lisboa - Portugal