

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC

CM 033

17

MIXOMA DO VENTRICULO DIREITO

TRABALHO ELABORADO POR: JOSÉ ALFREDO MUSSI
FERNANDO VIEGAS

ALUNOS da 12^a FASE de GRADUAÇÃO em Medicina da
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

I N D I C E :

<i>I - INTRODUÇÃO</i>	<i>1</i>
<i>II - CASUÍSTICA E RESULTADOS.....</i>	<i>3</i>
<i>III - DISCUSSÃO.....</i>	<i>10</i>
<i>IV - RESUMO.....</i>	<i>13</i>
<i>V - ABSTRACT.....</i>	<i>14</i>
<i>VI - BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>15</i>

tem sido reconhecido ultimamente
com uma frequência maior

I- INTRODUÇÃO

O mixoma de ventriculo direito, tumor originado dentro da cavidade ventricular direita do coração, embora incomum tem sido reconhecidos durante a vida do paciente com uma frequência aumentada devido ao desenvolvimento de modernos métodos de diagnóstico para o estudo do sistema circulatório.

É uma forma bastante rara de doença cardíaca adquirida.

A natureza deste tumor é discutível sendo que há autores que consideram como um simples trombo organizado.

Os aspectos histológicos não são os observados
O estudo microscópico não é próprio de um trombo. Parece que as células lipídicas têm função secretora e contém grande quantidade de mucina, não vista em trombos.

É constituído de um estroma mucóide e células bem diferenciadas, estreladas as vezes fusiformes, típicas ou mitose, hemorragia, hemossiderina encontram-se algumas vezes diminuídas no estroma a presença mais ou menos de tecido elástico dá a variação de consistência do tumor.

Algumas vezes há depósito de cálcio no seu interior.

As manifestações clínicas da enfermidade
Seus sintomas e suas manifestações clínicas dependem principalmente da forma, do tamanho e da extensão que o tumor ocupa dentro do ventriculo direito, visto que tumores muito pequenos não provocam qualquer tipo de sintomatologia importante e tumores grandes não raramente levam a ataques de síncope e até mesmo a morte súbita.

Os sintomas gerais são de uma infecção generalizada ou doença sistêmica com história relativamente curta, febre, hemossedimentação aumentada, alterações das proteínas plasmáticas e anemia. *(muita anemia)*

~~Em termos de diagnóstico pode apenas revelar sobrecarga das cavidades direitas: o raio x poderá mostrar aumento da área cardíaca sobretudo do ventriculo direito e mais raramente calcificações quando presentes a nível de ven~~

O estudo radiológico

triculo direito.

O eletrocardiograma não tem qualquer valor significativo.

Já o ecocardiograma, na maioria das vezes, sugere massa intracavitária no ventriculo direito.

O cateterismo sela definitivamente o diagnóstico mostrando presença de ~~massa~~ ^{massa} ~~na~~ ^{na} ~~região~~ ^{região} ~~do~~ ^{do} ~~ventriculo~~ ^{ventriculo} ~~direito~~ ^{direito}.

O tratamento é cirúrgico com remoção do tumor, sendo como bons prognósticos para os pacientes.

O prognóstico é favorável

II- RELATO DO CASO

IDENT.

A.N.T., fem. 33 anos, branca, casada, do lar, natural de Fpolis.

Q.P: Ha 3 anos, dispneia aos grandes esforços.

Ha 1 ano dispneia aos medios esforços que progrediu para pequenos esforços, apresentava também Ortopnêia.

D.P.N. Também palpitações e edma de MMii. As vezes dor pre cordial, irradiada para MSE, relacionada com esforços, Astenia. Refere piora acentuada à 1 ano com edema ge neralizado, dispneia mesmo ao repouso.

H.M.P. Nega passado reumático. " Desmaios em casa".

H.M.F. Pai falecido por Enfarto. Mãe Hipertensa. Filhos Saudáveis

H.V. Nega fumo e alcool.

Astenia de Jansen atual

EXAME FÍSICO

PA= 140/90 Fe. 86 bpm

Paciente lúcida orientada, levemente dispnêica, afebril, hi dratada. Magra.

Emaciada

Mucosas úmidas coradas, anictéricas, jugulares cheias

"danzando".

Pulsos

Pulsos: sp

de membros inferiores

Membros: Edema MMII++/4

subonda da direita

Abdome: Fígado palpável a 5 cm do RCD, doloroso.

o fígado

Baço: Impalpável.

Ausc. C: R.C.R. *em tons cardíacos regulares*

SS++/4 BEEB P₂

EAM? Ruflar diastólico ++/6

Auc. P. Pulmões limpos.

Sopro rútilos ++/4 na borda esternal esquerda baixa. Pe hiperfútilos entre a abertura da ventral

ausculta pulmonar

EXAMES COMPLEMENTARES

E.C.G. Bradicardia Sinusal
Distúrbio condução ramo direito.
Sobrecarga Câmaras Direitas.
Alteração difusa da repolarização ventricular.

RX. Tórax:

Transparência pulmonar normal
Seios costos frenicos livres
Aumento volume cardiaco
Circulação pulmonar normal

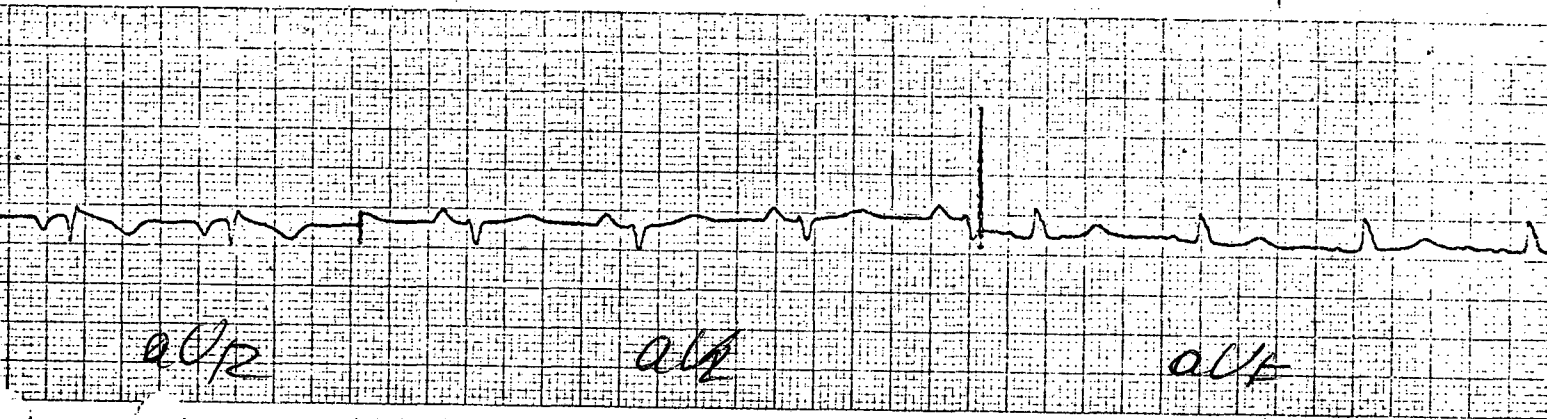
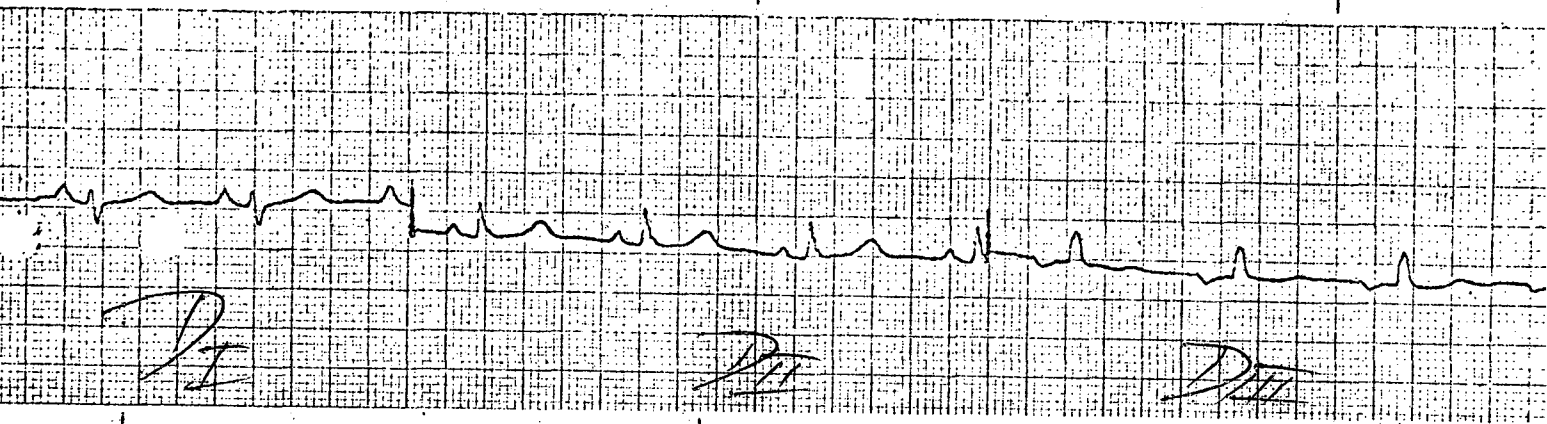
LABORATÓRIO

Ureia: 24,5 *mg/dl*
Creatinina: 0,82 *mg/dl*
Glicose: 75,5 *mg/dl*
Potássio: 4,2 *mg/dl*
P. Urina: Normal
ASLO: 125U
Proteína C reativa: *negativa*
P.L.E. - *?*
Proteínas Totais: 5,63 *mg/dl*
Albumina: 3,20 *mg/dl*
Globulinas: 2,43 *mg/dl*
Reação A/G: 1,31
Mucoproteínas 60,9 *mg/dl*
(em Tirosina) 2,56 *mg/dl*
Hemograma: SP *?* *específicas*
Leucograma: SP *?* *específicas*
Hemossedimentação
(mm 1 - hora) *?*

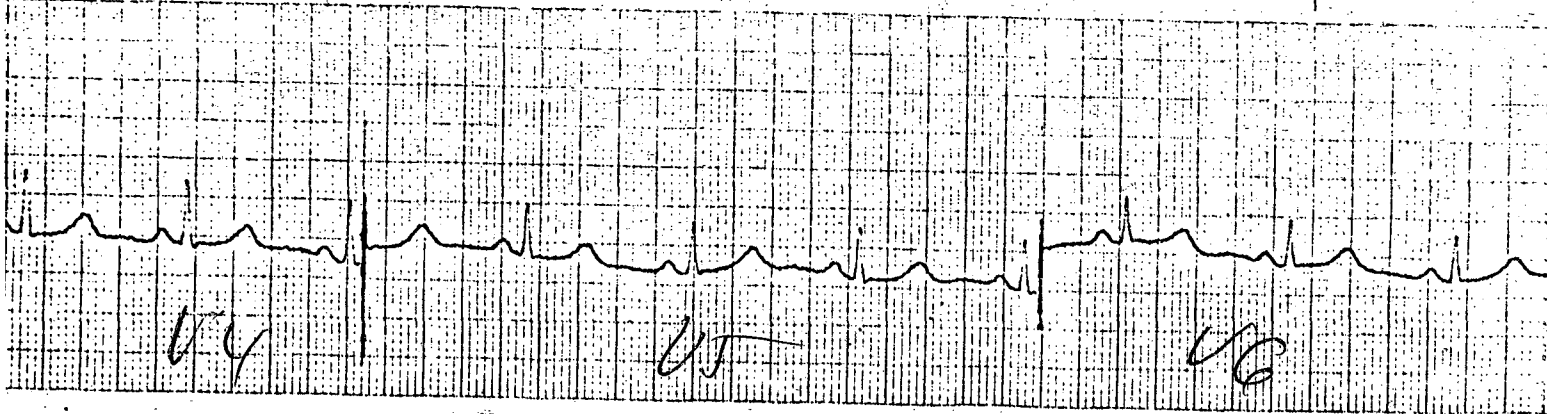
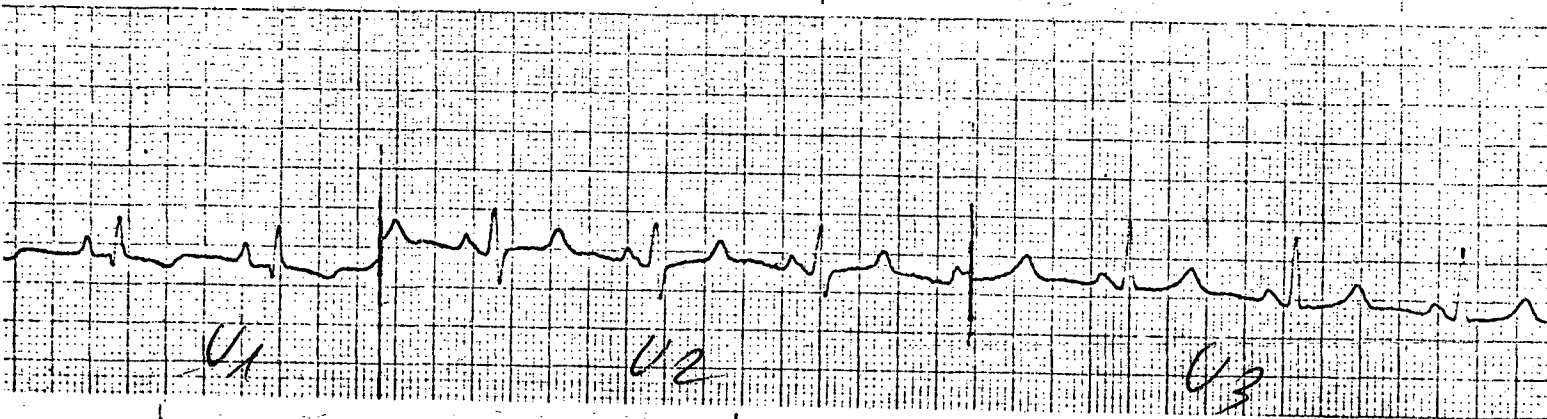
654

NOME	Almira M. Taranto		ECG Nº	
SEXO	<input type="checkbox"/> M	<input checked="" type="checkbox"/> F	IDADE	32 anos
			REG. Nº	

ELETROCARDIOGRAMAS



JASHUA DO BRASIL S/A



ECG 63

Data 24 / 06 / 82

Nome: ALMIRA NUNES TARANTO

Idade: 33 anos Sexo: fem.

Altura:

Peso:

S. C.:

DIMENSÕES

Aorta - diâmetro da raiz (2,0-3,7 cm/ 1,3-2,2 cm/m²) 3,0 cm

Abertura da válvula aórtica (1,6 - 2,6 cm) 1,1 cm

Átrio esquerdo (1,9-4,0 cm/1,2-2,1 cm/m²) 2,0 cm

Ventrículo direito (0,7-2,6 cm/0,5-1,2 cm m²) 2,0 cm

Espessura diast. do septo inter-ventricular (0,7-1,1 cm) 1,0 cm sist. 1,4 cm

Espessura diast. da parede post. de V. E. (0,7-1,1 cm) 0,9 cm sist. 1,3 cm

Relação septo/parede pos. de V. E. (< 1,3 cm) normal

V. E. diâmetro diast. final (3,5-5,6 cm) 3,8 cm volume 55 cm³

V. E. diâmetro sist. final (2,4-4,0 cm) 2,7 cm volume 20 cm³

MOVIMENTOS

Válvula mitral Movimento holossistólico paradoxal do folheto posterior

Rampa E F (< 35mm/seg) maior que 35 amplitude de excursão (20-30mm) 15 mm

Válvula tricúspide presença de massa de "ecos" dentro da Válvula

Válvula aórtica sinais de baixo débito

Válvula pulmonar não visualizada

Septo inte-ventr. mobilidade aumentada

Amplitude de movim. do septo inter-vent. (0,3-0,8 cm) 0,9 cm

Amplitude de movim. da parede post de V. E. (0,9-1,4 cm) 0,9 cm

Pericárdio ausência de pericardiopatias

FUNÇÕES VENTRICULARES

Fração de ejeção	64	%	Volume sistólico	35	ml
Freq. cardíaca	85	b.p.m.	Débito cardíaco	3,0 L/min.	l/min
Encurtamento %	29%	%	Tempo de ejeção - v t		seg

COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Ecocardiograma mostrando tamanhos cavitários: Átrio e Ventrículo Esquerdo, Ventrículo Direito, bem como Aorta Ascendente normais.

Movimento holossistólico paradoxal do folheto posterior da Válvula Mitral, compatível com prolapso holossistólico; diminuição da amplitude de excursão dos folhetos.

Válvula Aórtica: fechamento mesossistólico com abertura das lacineas compatível com hipofluxo valvular.

Hipercinesia do Septo Inter-Ventricular.

Válvula Tricúspide e Átrio Direito a presença de múltiplos ecos em determinada fase do ciclo leva a considerar o diagnóstico de Mixoma da cavidade direita.

Funções Ventriculares Normais.

Suspeita ECOCARDIOGRÁFICO Mixoma de cavidade DIREITA.



Dr. Celso C. Carneiro

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA

CAR. Nº: 1246

DATA: 15.06.82.

NOME: ANITA LUIZ BARRETO

REG. Nº: 086863 (H.C.C.R)

IDADE: 33anos

SEXO: Fem.

CATERIZAÇÃO DIREITA +
CINEANGIOCARDIOGRAFIA

TÉCNICA DE CATERIZAÇÃO

Na prega do cotovelo Direito dissociada artéria e veia braquial direita. Na veia introduzido cateter de COUENNET Nº 7, manipulado até CP (wedge), registradas pressões retrogradamente nas diferentes câmaras até AD. Na artéria introduzido cateter ANGIO Nº 7, levado até VE, feitas registres pressóricos em VE e AO.

Na posição CAD feita injeção de 40ml de contraste iodado 50% em VE e AO. Retirados cateteres, suturada artéria.

Cateterismo sem complicações.

R E S U L T A D O S

1º)	MANOMETRIA	DM	MM	Hg
	S	D1	D2	M
AD	-	-	-	12
VD	15	3	-	-
TP	15	8	-	9
CDE	15	8	-	9
VE	70	5	9	-
Ao	70	58	-	67

2º) CYMBANGIOCARDIOGRAFIA

Hipocontratibilidade difusa, de grau moderado, do ventrículo esquerdo. Valva mitral com mobilidade conservada. Prolapso do folheto posterior da valva mitral. Valva aórtica de aspecto normal, sem re-fluxo.

C O N C L U S Õ E S

Hipotensão em cavidades direitas e esquerdas e circuito pulmonar. Prolapso da valva mitral. Discinesia do ventrículo esquerdo.

Florianópolis, 24 de Junho de 1982.

Dr. Luiz Carlos S. Thiago
Médico Hemodinamista

Dr. Marcos Flavio M. Ribeiro
Médico Auxiliar.



INSTITUTO DE MOLESTIAS DO APARELHO
DIGESTIVO E DA NUTRIÇÃO (Fundação)

GASTROCLÍNICA

Hospital Geral - Maternidade - Pronto Socorro
TELEFONE: PABX 549-4455
Rua Borges Lagoa, 1450 - São Paulo - Brasil
C.G.C. 61.062.212

EXAME ANATOMO - PATOLÓGICO

Nº B 1312/82

Nome: Almira Nunes Taranto		RG: 18380	
Idade: 33anos	Sexo: Fem	Cor: bac	Procedência:
Hospital: Do Coração		Quarto: 507	Leito: B
Requisitante:			
Material: Tumor de ventriculo D			
Dados Clínicos: Paciente submetida a ressecção de mixoma do ventriculo D e / troca de valva tricúspide por prótese de PB nº 29.			

EXAME MACROSCÓPICO O espécime é recebido em formalina e consta de 5 fragmentos irregulares e porções de aparelho valvar atrio-ventriculado. Os fragmentos medem, em conjunto, 6,6 x 5,8 x 5,0 cm. Mostram contornos lobulados e superfícies lisas, castanho-acinzentadas. consistência é friável. Aos cortes verificam-se superfícies lisas e brilhantes, pardo-acinzentadas. De permeio estão presentes extensas áreas regulares granulosas, castanhas e opacas. O aparelho valvar é representado por uma lacínea e porções de outra. Estas medem em conjunto 5,6 cm de perímetro interno. Mostram-se levemente espessadas e endurecidas, estando parcialmente englobadas por um dos fragmentos descritos.

São enviadas secções representativas para exame histológico.

EXAME MICROSCÓPICO: Os cortes histológicos demonstram fragmentos endomiocárdicos e de lacíneas valvares. Intenso espessamento fibroso é observado no endocárdio, tendo de permeio vasos grandes e de paredes espessas, além de infiltrado inflamatório mononuclear. Do endocárdio origina-se espesso eixo conjuntivo-vascular, o qual se mostra circundado por proliferação de tecido mixóide, constituído por abundante estroma fracamente acidofílico, com escassas células. Estas se dispõem isoladamente ou em pequenos cordões, são arredondadas ou alongadas, com citoplasma acidófilo de limites imprecisos. Têm núcleos arredondados e densos, sem atipias. Amplas áreas necróticas são vistas de permeio, as quais convêm hemorragia em organização e são recobertas por traves de fibrina. A deposição de fibrina estabelece amplas aderências as lacíneas valvares as quais exibem estroma espessado por fibrose. No miocárdio verifica-se fibrose intersticial e hipertrofia de fibras.

Não há sinais de malignidade.

Diagnóstico:

MIXOMA DO VENTRÍCULO DIREITO EXTENSAMENTE NECRÓTICO E COM TROMBOSE SUPERFICIAL.
LACÍNEAS DE VALVULA TRICÚSPIDE COM ESPESAMENTO FIBROSO DO ESTROMA, ADERIDAS A MASSA TUMORAL.
FRAGMENTOS DE MIOCÁRDIO COM FIBROSE INTERSTICIAL E HIPERTROFIA DE FIBRAS.

III- DISCUSSÃO

Dos tumores mais frequentemente encontrados no coração, o mixoma ocupa o primeiro lugar, abrangendo cerca de 50% de todos eles.

Pode se assentar em qualquer parte do coração sendo o atrio esquerdo acometido em 50% dos casos.

No nosso trabalho apresentamos um único caso de mixoma ventricular direito ocorrido no HGCR em 16 anos de funcionamento, o que bem revela a extrema raridade deste tipo de tumor.

O ~~mixoma~~ ^{dele} de ventriculo direito pode ocorrer em qualquer idade, tendo sido observado desde os 7 meses até os 93 anos de vida, sendo que a maioria, dos 30 aos 60 anos, sem preferencia de sexo. Neste caso apresentado a idade da paciente era de 33 anos.

A sua etiologia é discutível, sendo que há autores que relatam como um simples trombo organizado.

O causador

Em nosso estudo, o exame anatomo-patológico da ~~paciente~~ mostrou tratar-se de uma espécie benigna, constituída de estroma fracamente acidofílico, com escassas células, de núcleos arredondados e densos, sem atipias.

Amplas áreas necróticas, as quais contêm hemorragia em organização e são recobertas por traves fibróticas.

Havia também β comprometimento da valva tricúspide.

Esses tumores geralmente apresentam-se pediculados tendo origem no tecido conjuntivo sub-endocárdico.

Suas manifestações clínicas apresentam-se variáveis, conforme o tamanho, a forma e a ex

tensão do tumor.

Relatos de literatura, porém dão a presença de síncope nestes pacientes em torno de 90% dos casos observados, dispnêia ^{em} cerca de 50% e sintomas gerais de infecção em torno de 70% dos relatos (4).

Em o nosso

Nosso único caso, a paciente vinha apresentando dispnêia há grandes esforços há mais ou menos 1 ano, que progrediu para médios e pequenos esforços, junto com palpitações e edema de MMII.

membr. inferiores

Teve também ataques de síncope relatados por ela como "desmaios" em casa.

Quando aos sintomas gerais estes pacientes geralmente mostram infecção generalizada ou doença sistêmica com história relativamente curta, febre, hemossedimentação aumentada, alteração das proteínas plasmáticas e anemia, (1) *de* nossa paciente, nos exames laboratoriais, revelava uma hemossedimentação aumentada e alterações nas proteínas plasmáticas. *de*

alterada

de presença da principal doença

O diagnóstico é feito hoje em dia com maior precisão, devido a novos métodos de estudo do aparelho circulatório, principalmente a base da ecografia e do cateterismo cardíaco. (3).

O ECG pode ser normal ou revelar apenas sobrecarga ventricular direita, quando não há outra patologia associada. (3).

No caso em questão, a paciente apresentava além de sobrecarga ventricular direita, distúrbio de condução do ramo direito e bradicardia sinusal e ADRV. *alteração difusa da repolarização ventricular*

Ao Raio X de tórax o aumento do AD *de* e VD são os dados mais comuns e muito mais raro é a presença de calcificações dentro do VD. *ventrículo direito*

Ver os cat. direito

Em nossos estudos o laudo radiológico revelou apenas aumento de área cardíaca sem especificá-la.

O ecocardiograma apresenta-se como um exame altamente importante para sugerir a presença de

massa intra-cavitária, e se revela eficiente em cerca de 90% dos casos. (3)

o que levanta a suspeita de

observaram-se

No estudo eco-cardiográfico realizado neste paciente, nós observamos múltiplos ecos em determinada fase do ciclo, dando como suspeita, mixoma de cavidade direita, não podendo determinar se do atrio ou do ventriculo direito.

se

Sendo o cateterismo cardíaco o exame mais importante, e com maior especificidade para o diagnóstico de mixoma de VD (1) no caso de nossa paciente ela revelou hipotensão em cavidades direita e esquerda, e circuito pulmonar, prolapso da valva mitral e discinesia do VD.

O tratamento é basicamente cirúrgico.

Nosso caso apresentado foi levado a cirurgia, submetido a ressecção de mixoma do VD, com necessidade de troca da valva tricuspide por prótese.

Foi necessário

As complicações da cirurgia levam em conta o estado atual do paciente e riscos de embolia devido a protese valvar.

Wenker de S. D.

IV - RESUMO

Relatamos neste trabalho um caso de mixoma de V.D. ocorrido em 16 anos de atividades no H.G.C.R.

O mixoma de V.D. é uma forma bastante rara de doença cardíaca adquirida.

O exame físico geralmente não nos auxilia a ponto de ser feito o diagnóstico, necessitando ~~de~~ ^{de} buscar ^{de} auxílio ^{de} modernos métodos diagnósticos como o ultrassonografia e o cateterismo cardíaco.

A Sintomatologia está estreitamente relacionada com o tamanho, a forma e a localização do Tumor.

O tratamento é unicamente cirúrgico, visa a ressecção do tumor e profilaxia das complicações futuras.

Ussat'evskaya V- ABSTRACT

Related was, in the work, one case of Primary mixoma of the right ventricle occurred in sixteen years of activity in HGCR.

The mixoma of the right ventricle is one form enough rare of the acquired disease cardiac.

The physic exame, generally doesn't auxiliary in the diagnosis.

Necessary is quest auxity of modern methods diagnosis, how the ultrassound and the cineangocardiogram.

The symptomatology is marrowing related with the sizem the form and the localisation of the tumor.

The treatment is uniqueness cirurgic, certify the resection of the tumor and complications prophlaxis.

VI - BIBLIOGRAFIA

- 1- ZERBINI, E. J. *Clínica Cirúrgica Alípio Correa Neto*. Sarvier, São Paulo. 3ª ed. 3ª vol.
- 2- HURST, J. W. et al., *O coração*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1981. 4ª ed. vol. 1.
- 3- NOBLE O. FOWLER MD *Cardiac Diagnostic*. vol 1. 4ª Ed.
- 4- FRIEDBERG, CHARLES K. *Enfermedades del Corazon Interamericana Mexico*; 2ª Ed. 1958
- 5- DOHMANN J. F. HANS - *Conceitos atuais em Cardologia - Guanabara Koogan - Rio de Janeiro - vol. 1.* *Quis?*
- 6- ANDREW L. MORROW MD. BETHESDA, MARYLAND ARTICLES *Mixoma of the right ventricle* -
- 1970 - *??*

TCC
UFSC
CM
0033

N.Cham. TCC UFSC CM 0033

Autor: Mussi, José Alfred

Título: Mixoma do ventrículo direito..



972802948

Ac. 253232

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM