

M
220

CM 220

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

MIXOMA DE ÁTRIO ESQUERDO: RELATO DE CASO

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1986

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

MIXOMA DE ÁTRIO ESQUERDO: RELATO DE CASO

DEBORAH CHRISTINA NERCOLINI *

Orientador: DR THEO FERNANDO BUB **

* ALUNA DA XIIª FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UFSC

** MÉDICO DO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
MÉDICO CARDIOLOGISTA DA UNIDADE CORONARIANA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS DE FLORIANÓPOLIS
PRESIDENTE DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SANTA CATARINA

FLORIANÓPOLIS, NOVEMBRO DE 1986

AGRADECIMENTOS

Ao Dr Theo Fernando Bub, pela dedicação e orientação na realização deste trabalho.

Ao Dr Marcos Flávio M. Ribeiro, pela orientação e pela gentileza em ceder os dados de cateterismo cardíaco do presente caso.

Ao Dr Aristiliano Ramos, pela colaboração prestada cedendo os dados de ecocardiografia.

Ao Dr Lourival Bonatelli, que gentilmente cedeu a documentação referente à cirurgia.

ÍNDICE

I	- Resumo.....	04
II	- Introdução.....	05
III	- Apresentação do caso.....	07
IV	- Discussão.....	16
V	- Referências Bibliográficas.....	19

I -RESUMO

A autora apresenta um caso clínico ilustrado de mixoma de átrio esquerdo - tumor cardíaco benigno intracavitario relativamente raro quando comparado com outras neoplasias, mas o mais frequente dos tumores cardíacos primários. Após apresentação do caso, discute-se aspectos anatômicos, patológicos, quadro clínico métodos diagnósticos e tratamento, com base na literatura.

II - INTRODUÇÃO

O diagnóstico do tumor cardíaco foi feito pela primeira vez em 1559 por Columbus, seguido por outros nos séculos XVIII e XIX. Somente em 1934 Barnes e cols fizeram o primeiro diagnóstico em vida (5). Todavia, até 1950 os diagnósticos de tumores cardíacos permaneceram como achados de necrópsia. Dos tumores primários do coração, os mixomas cardíacos perfazem aproximadamente 50%, o que o torna o mais importante dos tumores cardíacos não só pela sua frequência mas também porque, uma vez diagnosticado, a possibilidade é de cura total através de cirurgia.

Embora os mixomas sejam reconhecidos como uma entidade patológica bem definida há aproximadamente 200 anos, somente neste século surgiram as primeiras revisões bibliográficas importantes. A primeira destas foi realizada na Inglaterra por Yates em 1931.

A precocidade do diagnóstico é de grande importância para diminuição da morbidade e mortalidade, embora o quadro clínico inespecífico a dificulte. Manifesta-se muitas vezes como insuficiência cardíaca grave e progressiva por obstrução valvar acompanhada de fenômenos embólicos que podem, inclusive, simular endocardite infecciosa. Sinais constitucionais gerais como febre baixa, artralгияs fadiga e perda de peso podem somar-se ao quadro ou ser a única manifestação da doença. No caso específico de mixoma de átrio esquerdo é comum haver o diagnóstico de valvulopatia mitral (2,6,9,10).

Em 1952 foi reconhecido o primeiro mixoma cardíaco por estudo angiocardiógráfico e um ano mais tarde realizava-se a primeira cirurgia utilizando circulação extra corpórea para extirpação do tumor (7).

Até 1970 apenas 14% dos casos de tumores cardíacos eram diagnosticados preoperatoriamente. Os avanços da ecocardiografia a partir de 1969 modificaram sensivelmente o curso desta patologia. O percentual hoje é de 90% graças à utilização de métodos de investigação como o cateterismo cardíaco, angiocardiógrafia e ecocardiografia, este último de grande valor dada à sua grande sensibilidade e ao fato de ser um método não invasivo.

Este trabalho objetiva, então, apresentar um caso de mixoma de átrio esquerdo diagnosticado e tratado no Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis, discutindo-se aspectos de suas manifestações clínicas, métodos diagnósticos, tratamento e possíveis complicações.

III- APRESENTAÇÃO DO CASO

J.A.N., 43 anos, M., B., casado, lavrador, natural e procedente de São João Batista - SC.

Há aproximadamente 6 meses da internação vinha apresentando astenia, dores no corpo e emagrecimento (não soube especificar quanto). Há 1 mes iniciou com estado gripal, o que o fez procurar auxílio médico. Após exame físico detalhado, foi encaminhado para Florianópolis para investigação cardiológica. De história mórbida progressiva referia apenas doenças próprias da infância e amigdalites de repetição. Desconhecia patologias na família OBS.: Paciente oligofrênico, dificultando parcialmente a anamnese

Ao exame físico apresentava regular estado geral, emagrecido, corado, ativo, eupnéico, acianótico, afebril, mucosas úmidas e coradas. Segmento cefálico sem alterações, orofaringe com dentes em mau estado de conservação. Otoscopia normal. Pescoço com jugulares normais, tireóide palpável com textura característica, adenomegalia submandibular com características inflamatórias. Tórax simétrico, sem retrações ou abaulamentos, pele íntegra, pilificação compatível com idade e sexo. Ictus cordis visível, propulsivo, palpável em sexto espaço intercostal e deslocado para a esquerda, com frêmito sistólico. Ausculta cardíaca mostrando hiperfonese de primeira bulha +++/4+ com sopro sistólico regurgitativo +++/4+ em área mitral e ruflar diastólico ++/4+ nesta área. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente, simétrico com raros estertores subcrepitantes em bases pulmonares. Abdome plano, flácido, simétrico, sem cicatrizes, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias. Genitália não examinada. Membros superiores sem alterações, pulsos com amplitude e duração normais. Membros inferiores sem edemas, com pulsos periféricos presentes e normais.

Apresentava hematócrito de 43%, com Hemoglobina = 14g/dl 5100/mm³ de glóbulos brancos. VHS = 80mm na 1ª hora; número de plaquetas = 200000/mm³. Atividade de protrombina = 76%; fibrinogênio = 340mg/dl; tempo de sangramento de 1 minuto. Creatinina = 0.96mg/dl; glicose = 89mg/dl, Na= 136mEq/l; K= 4.1mEq/l. Parcial de Urina normal.

Eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal, sobrecarga de átrio esquerdo, bloqueio de ramo direito grau II e sobrecarga biventricular (fig. 1).

Radiografia de tórax mostrava aumento de área cardíaca as custas principalmente de câmaras esquerdas, imagem radiopaca compatível com calcificação em área mitral, retificação do arco médio. Vasos pulmonares tendendo a cranialização; sinais de congestão venosa com linhas B de Kerley.

Ecocardiograma "M mode" e bidimensional demonstrou cavidade atrial esquerda aumentada; valva mitral apresentando folhetos espessados, com múltiplos ecos, compatível com depósitos de cálcio. Ao "M mode", em corte ao nível de valva mitral havia presença de múltiplos ecos ocupando toda a cavidade da valva em diástole (fig. 2 e 3). Ao ecocardiograma bidimensional observou-se ao

cortel longitudinal para-esternal, massa de ecos deslocando-se através da valva mitral em direção ao ventrículo esquerdo em diástole (fig. 4). Ao corte transversal observou-se massa de ecos ocupando o orifício de valva mitral em diástole. O ecocardiograma foi compatível com mixoma de átrio esquerdo. (fig. 2,3,4,5)

O cateterismo cardíaco apresentou os seguintes dados de manometria:

	S	D1	D2	M
AD	-	-	-	5
VD	90	0	5	-
TP	90	-	30	55
CP	-	-	-	30
VE	100	0	13	-
Ao	100	-	65	85

A manometria mostra aumento importante de pressão sistólica de ventrículo direito e tronco pulmonar; aumento importante de pressão diastólica de artéria pulmonar; aumento importante de pressão média de capilar pulmonar e gradiente de 17mmHg entre pressão média de capilar pulmonar e pressão diastólica final de ventrículo esquerdo. A cinecoronariografia mostrou coronárias normais. A cineangiocardiógrafia mostrou ventrículo esquerdo dilatado discretamente com função mantida. Valva mitral intensamente calcificada incompetente grau II. Notava-se presença de imagem negativa sés-sil no interior das cavidades esquerdas, ocupando o átrio esquerdo na sístole e ventrículo esquerdo na diástole. (fig.6,7,8,9,10)

O paciente foi levado a cirurgia onde realizou-se, após preparo adequado, toracotomia mediana, circulação extracorpórea, hipotermia a 28°C e cardioplegia. Realizada atriotomia esquerda, observou-se tumor pediculado com inserção na lâmina de fossa oval. Após realização de atriotomia direita, procedeu-se a retirada da lâmina da fossa oval, onde se implantava o tumor. A valva mitral apresentava-se muito calcificada e foi substituída por prótese biológica (porcina número 27) com pontos de Mersilene 2-0. Realizada atrioseptoplastia com teflon. Após a realização de atriorrafia, procedeu-se a retirada de ar, saída da circulação extra corpórea com recuperação espontânea dos batimentos cardíacos, hemostasia e colocação de fio de marca-passo no ventrículo direito com colocação de dreno. Fechamento por planos. (figs.11, 12,13,14,15)

O relatório da Anatomia Patológica apresentou a descrição da macroscopia como segmento de tecido acinzentado e brilhante medindo 7 cm, apresentando aos cortes áreas de hemorragia e tecido de aspecto mixóide. A microscopia o exame histológico revelou neoplasia constituída por tecido conjuntivo frouxo de aspecto mixomatoso, sem características de malignidade. Conclusão : MIXOMA.

O paciente retornou ao HGCR 5 meses após apresentando ecocardiograma normal e ao eletrocardiograma apresentava um bloqueio atrioventricular de segundo grau, Mobitz II, tipo 2:1.

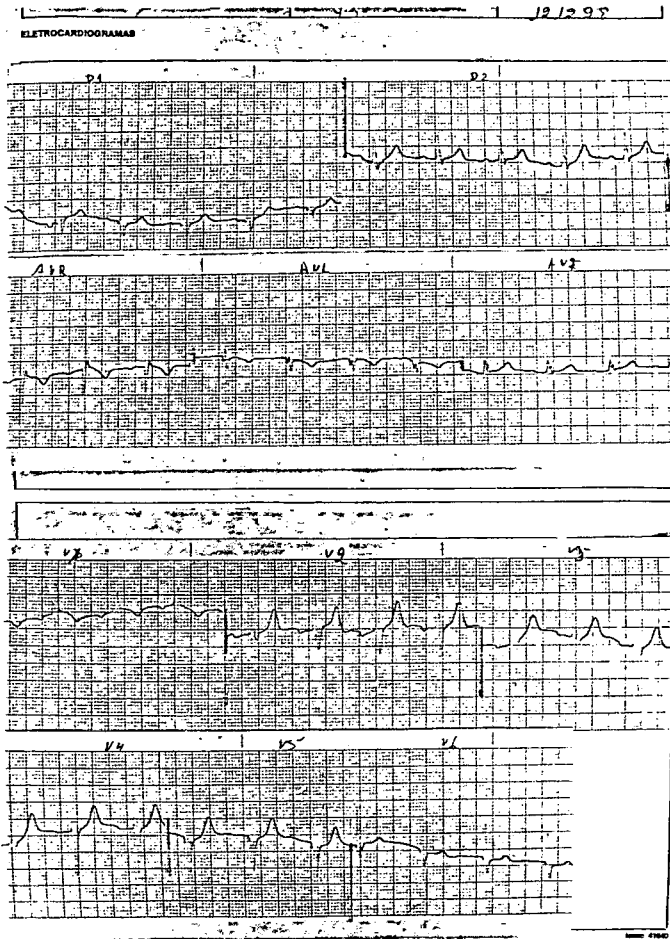


Fig. 1 - Eletrocardiograma da admissão mostrando ritmo sinusal, bloqueio de ramo direito grau II, sobrecarga de átrio esquerdo e sobrecarga biventricular.

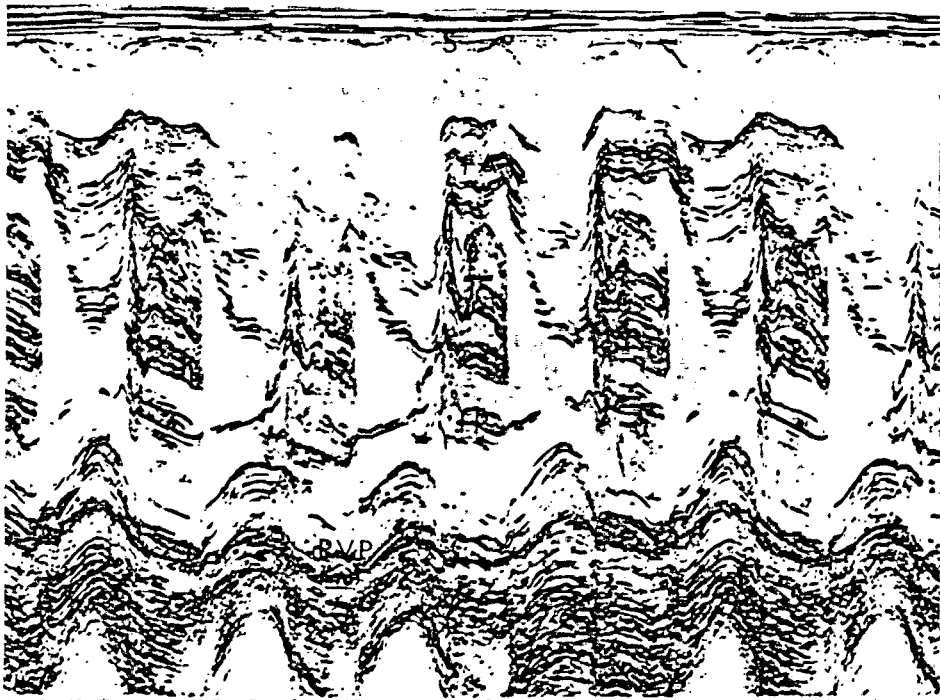


Fig. 2 - Ecocardiograma modo "M" a nível de valva mitral mostrando folhetos espessados e múltiplos ecos ocupando toda a cavidade da valva em diástole. (T - tumor; FA - folheto anterior; FP - folheto posterior; PVP - parede ventricular posterior; S - septo).

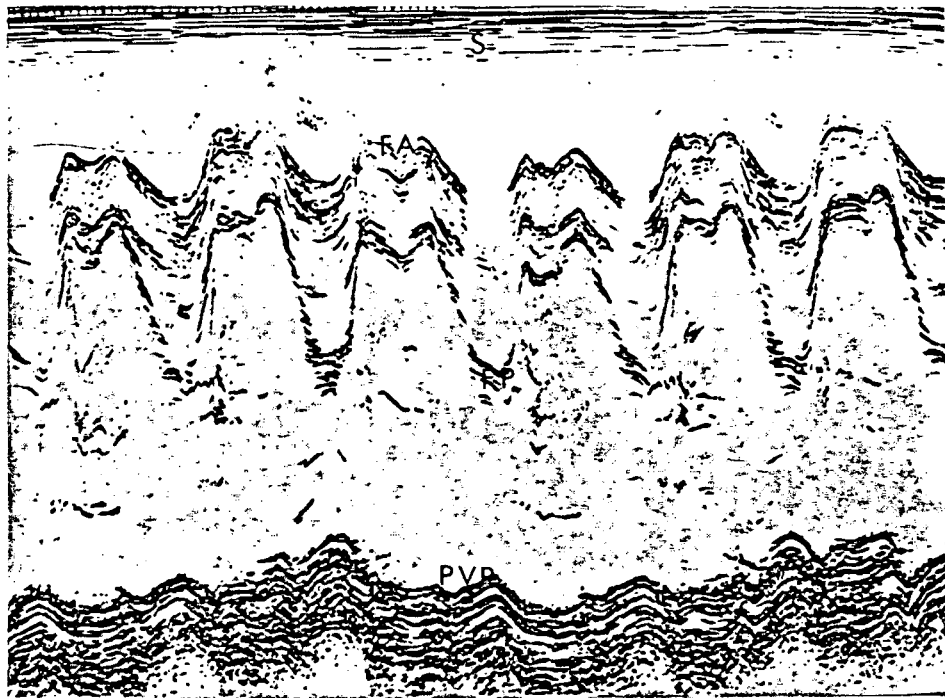


Fig. 3 - Ecocardiograma modo "M" a nível de valva mitral mostrando o espessamento dos folhetos mitraes (FA - folheto anterior; FP - folheto posterior; PVP - parede ventricular posterior; S - septo).

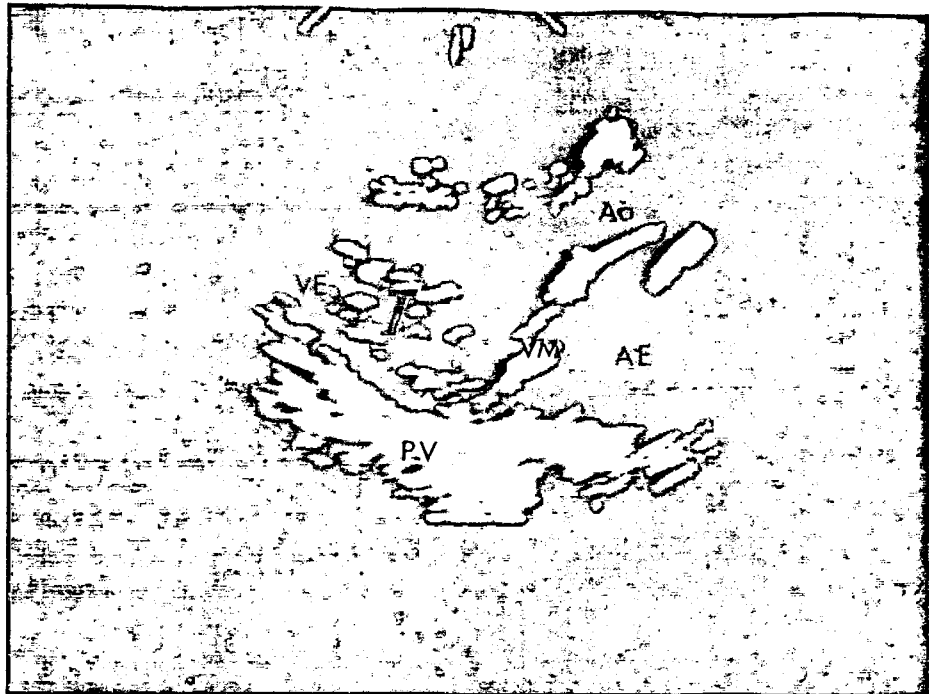


Fig. 4 - Ecocardiograma bidimensional em corte longitudinal paraesternal mostrando massa de ecos situada posteriormente a valva mitral em diástole, a nível de ventrículo esquerdo. (T- tumor; VM- valva mitral; VE- ventrículo esquerdo; Ao- aorta; AE - átrio esquerdo).



Fig. 5 - Ecocardiograma bidimensional em corte transversal (pequeno eixo) ao nível de valva mitral mostrando o tumor protruído através do orifício mitral (T- tumor; PV- parede ventricular).



Fig. 6 - Cateterismo cardíaco mostrando injeção de contraste em ventrículo esquerdo ; projeção oblíqua anterior direita (OAD), onde visualiza-se defeito de enchimento (seta), correspondente ao mixoma no interior do ventrículo em diástole.

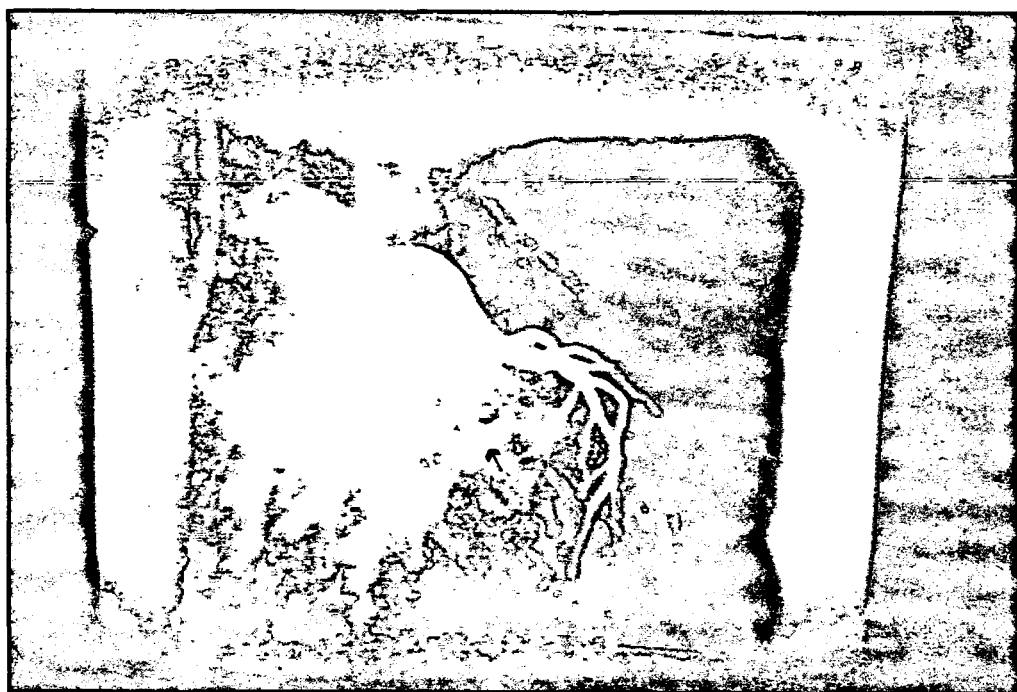


Fig. 7 - Injeção de contraste em artéria coronária esquerda na projeção OAD, mostrando coronária normal e imagem radiopaca em área mitral, correspondente ao anel mitral calcificado (seta).



Fig. 8 - Injeção de contraste em tronco pulmonar (DAD), contrastando ventrículo esquerdo (levofase), mostrando defeito de enchimento a nível de átrio esquerdo (seta), durante a sístole ventricular, correspondente ao mixoma .

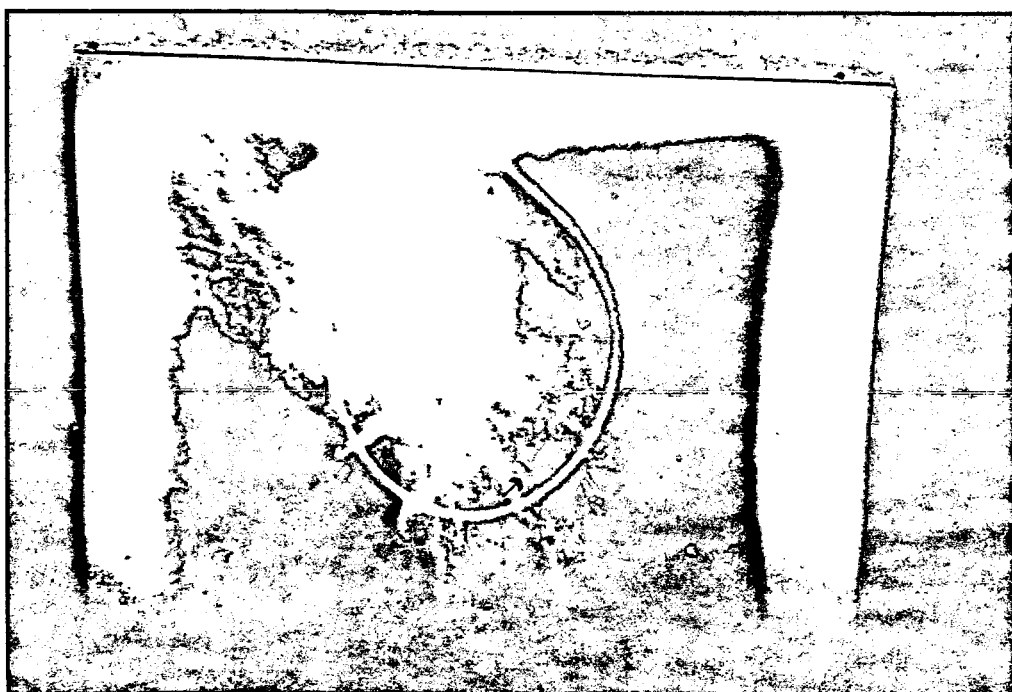


Fig. 9 - Injeção de contraste em tronco pulmonar (em DAD), contrastando ventrículo esquerdo em diástole (levofase), mostrando defeito de enchimento posterior ao anel mitral, que se encontra calcificado (setas).

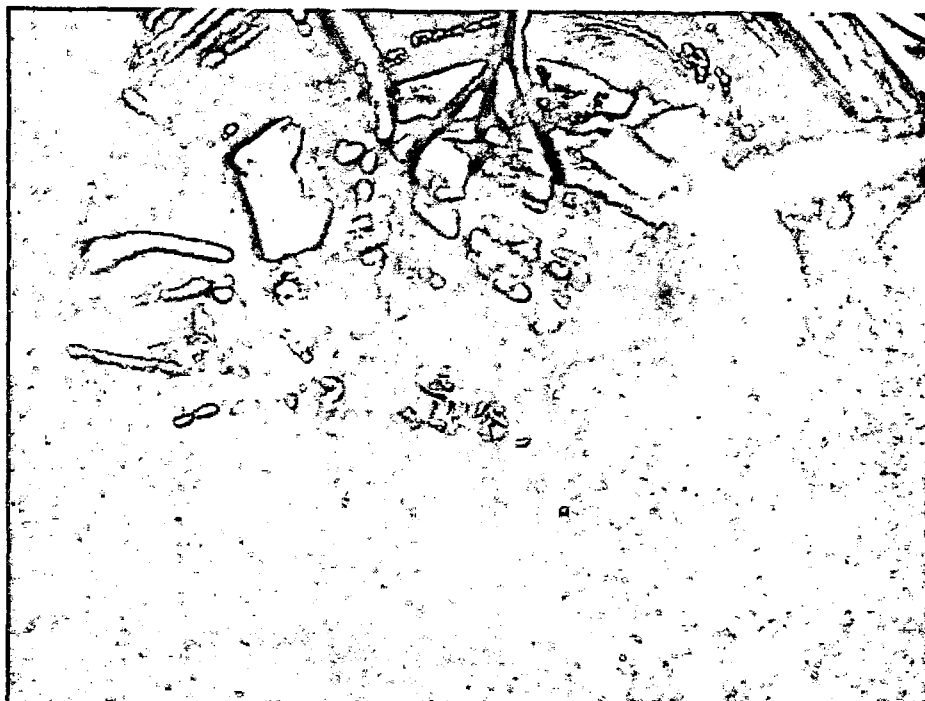


Fig. 10 - Tempo cirúrgico mostrando átrio esquerdo aberto, visualizando-se massa tumoral em seu interior (seta).

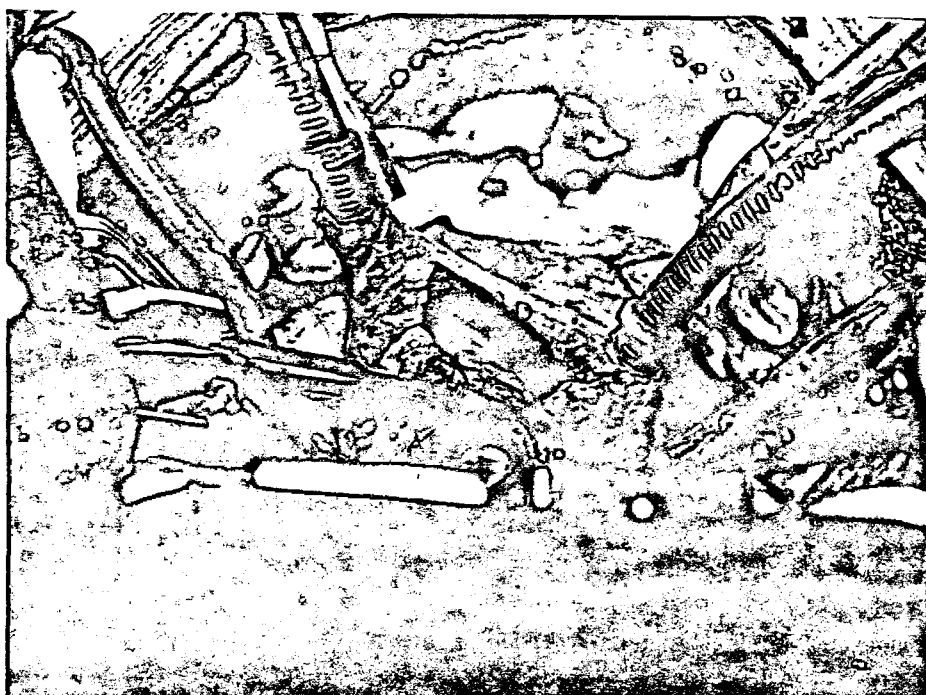


Fig. 11 - Biatríotomia - visualização de átrio direito (AD) e átrio esquerdo (AE) abertos mostrando o mixoma situado em átrio esquerdo (seta).



Fig. 12 - Átrio direito - acesso ao mixoma através do septo inter-atrial (seta).

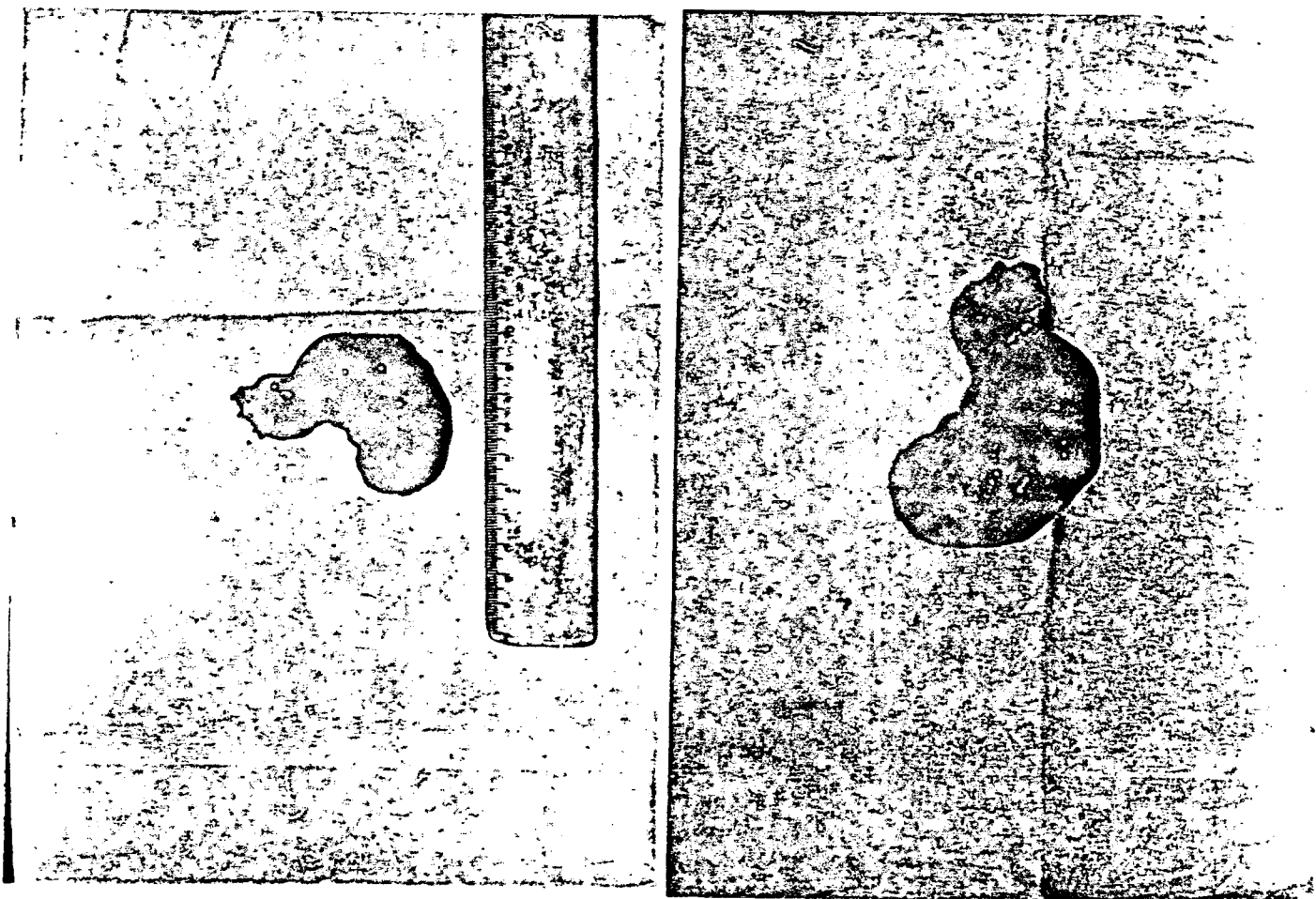


Fig. 13 e 14- Peça cirúrgica mostrando massa mixomatosa brilhante de aspecto gelatinoso e coloração acinzentada com áreas hemorrágicas.

IV - DISCUSSÃO

Os tumores cardíacos são classificados como benignos e malignos, primários e metastáticos, sendo que mais de 80% das neoplasias cardíacas são achados de necrópsia. As lesões metastáticas são as mais frequentes, seguidas pelos tumores benignos. Qualquer tumor maligno pode metastatizar para o miocárdio ou pericárdio, sendo os mais frequentes os carcinoma de pulmão e mama, leucemia (incluindo Doença de Hodgkin) e melanoma maligno (9). Aproximadamente 50% das neoplasias cardíacas primárias classificam-se como MIXOMA (3,7,10,13,14,15), tumores geralmente benignos em potencial biológico, podendo no entanto, demonstrar propensão a malignidade com crescimento rápido e invasor (9,4). Este tumor tem sido descrito em todas as câmaras cardíacas, sendo 75% de átrio esquerdo; 20% de átrio direito e 5% ventriculares (3,10,13); incidindo predominantemente em mulheres. Embora a faixa mais afetada seja da 3a a 6a década, há relatos de mixoma desde os 3 meses até os 85 anos, observando-se inclusive tendência familiar (10,13,15).

Embora se questione sobre se estas lesões são hamartomas ou trombos organizados, hoje já existe um consenso geral de que são neoplasias verdadeiras derivadas de células mesenquimais totipotenciais (13). Macroscopicamente são massas únicas globulares ou polipóides que geralmente emergem da fossa oval, apoiados sobre um pedículo no endocárdio subjacente. Geralmente são lobuladas e compostas por um tecido mole e gelatinoso, coberto por uma camada de endotélio fino e cintilante. O achado de tumores sésseis pode ser interpretado provavelmente como a base do pedículo que permanece após o corpo ter embolizado (2). Microscopicamente o tumor é constituído por fibroblastos, células multinucleadas e células redondas poligonais dentro de um extrama mixóide rico em polissacarídeos. Células plasmáticas, linfócitos e macrófagos carregados de hemossiderina podem ser visualizados numa rede de tecido conjuntivo frouxo. Os vasos sanguíneos são proeminentes na base tumoral, embora a periferia seja relativamente avascular (10,13,14,15).

O quadro clínico é muito variável - a primeira manifestação pode ser a morte súbita (3,7). Assim, existe uma grande variedade de sintomas e sinais clínicos que podem nos alertar, embora nenhum seja específico. Os tumores pequenos podem ser assintomáticos. Os achados clínicos mais comuns são de insuficiência cardíaca congestiva, bem como sinais de embolização periférica. As complicações embólicas resultam em extremidades isquêmicas, perda de pulsos periféricos ou déficit neurológico motor ou sensitivo permanentes. Os sintomas constitucionais gerais, descritos pela primeira vez por Mc Gregor & Cullen em 1959, incluem febre, artralgia, anemia, perda de peso, fadiga, dor torácica, baquetamento digital, tontura e síncope, sendo esta última provocada por obstrução átrio ventricular aguda. Deve-se suspeitar de mixoma frente a episódios embólicos em crianças e em idosos com ritmo sinusal (3,8,9,15).

É comum e relativamente frequente o diagnóstico de es-

tenose mitral, visto que a ausculta cardíaca pode simular em vários aspectos esta entidade (3,8,9). O "estalido de abertura mitral" auscultado, provavelmente se deve ao choque do tumor contra a valva no momento de sua abertura. Este é um som diastólico de baixa frequência conhecido como "tumor plop". O sopro se deve a dificuldade de passagem de sangue entre o tumor e a valva, fenômenos estes classicamente descritos como alternantes. Outro dado importante e muito frequente é a hiperfonese da primeira bulha. Há várias explicações para este fenômeno como o movimento do tumor contra o seu pedículo e o impacto contra a parede atrial e valva mitral, ou simplesmente devido ao fechamento forçado da valva. Gershlick (8) relacionou a presença da hiperfonese da primeira bulha naqueles pacientes em que o tumor obstruía completamente o orifício mitral em determinado momento do ciclo cardíaco, verificando a ausência deste sinal naqueles onde não havia obstrução completa.

É interessante observar que no presente caso clínico havia uma valvulopatia mitral associada, provavelmente reumática, resultando numa ausculta bastante exuberante.

Os mixomas geralmente são encontrados em corações sem outras anomalias, mas são descritos casos na literatura de associações com defeitos cardíacos. Exemplo disto é a comunicação inter-atrial (CIA) associada aos mixomas atriais. Existe apenas 2 casos descritos de CIA associada com mixoma de átrio esquerdo. Os outros casos descritos associam CIA com mixoma biatrial e, em ambos pode ocorrer embolia pulmonar de repetição (10).

Perturbações importantes nos folhetos da valva mitral também podem ocorrer, situação já descrita nos casos de insuficiência aórtica, observada nos estudos ecocardiográficos. No entanto, nos casos de mixoma de átrio esquerdo não se pode excluir totalmente a insuficiência aórtica visto que esta pode ocorrer até em consequência do tumor e não associada a ele pela deformação mecânica da raiz da aorta provocada pelo mesmo. O desaparecimento deste fenômeno com a retirada do tumor confirma esta relação (17).

Febre, fadiga, artralgia e fenômenos embólicos periféricos frequentemente associados a mixoma atrial podem ser atribuídos a endocardite infecciosa. É importante lembrar que, embora em condições raras, o mixoma pode estar infectado, ocasionando bacteremia ou fungemia. Portanto, deve-se considerar a investigação ecocardiográfica quando houver endocardite com hemoculturas negativas ou naquelas em que a hemocultura é positiva e não ocorre melhora após terapêutica antimicrobiana adequada (6).

Dentre os achados laboratoriais, é comum verificar-se aumento da velocidade de hemossedimentação na primeira hora (VHS) e aumento de globulinas séricas, principalmente no tocante as gama-globulinas (9,10,20). A hipergamaglobulinemia representa provavelmente uma reação ao tumor, uma vez que não há produção desta pelo mesmo. Este conceito é reforçado quando constata-se a ausência de imunofluorescência após coloração do tumor com antiimunoglobulina específica. O aumento das imunoglobulinas e reações gerais pode representar uma reação imune à neoplasia. A capacidade das células tumorais de estimular a reatividade proliferativa com seus próprios linfócitos em cultura, sugere que o tumor produza reação imune (9). O achado de policitemia não é frequente

mas tem sido descrito, provavelmente associado a um shunt D-E intra atrial associado (18).

Os achados eletrocardiográficos geralmente são inespecíficos. A frequência de fibrilação atrial é baixa (aproximadamente 15%). Pode-se constatar sobrecarga de câmaras esquerdas e até de ventrículo direito, anormalidades não específicas da onda T e segmento ST, além de taquicardia paroxística supra-ventricular e taquicardia ventricular (14).

A menos que haja intensa calcificação do tumor a radiografia de tórax também é inespecífica, visto que pode ser difícil de diferenciar de calcificação anular da valva mitral. Este dado é bem exemplificado no caso clínico apresentado, onde a imagem radiológica de calcificação observada correspondia realmente ao anel mitral e não ao tumor. Além disto, pode-se constatar hipertensão venosa, arterial ou ambas e alterações do tamanho da área cardíaca, dependendo da localização do tumor (9,13,18).

Dentre as provas não invasivas, a ecocardiografia assumiu a partir de 1970 um papel verdadeiramente relevante, sendo hoje um dos melhores métodos para o diagnóstico destes tumores, se não o melhor. Vale salientar que cada caso é individual e pode haver casos de falsos negativos, requerendo provas outras, mais invasivas.

O ecocardiograma unidimensional ou "M-mode" mostra a presença de ecos densos e lineares ou salpicados protruindo entre os folhetos mitraes anterior e posterior na diástole. Embora haja diminuição da rampa E-F, a marcante separação dos dois folhetos associados à presença dos ecos do tumor diferenciam o mixoma atrial esquerdo da estenose mitral. Outras condições como vegetação bacteriana ou trombo atrial podem mimetizar os achados ecocardiográficos unidimensionais, além de que um tumor pequeno e não protrudente pode não ser detectado (1,13,20). A ecocardiografia bidimensional é mais sensível, permitindo visualização de todas as câmaras cardíacas e à dinâmica do tumor em movimento protruindo através do orifício mitral na diástole. Normalmente o espaço imediatamente posterior a valva mitral é livre de eco durante todo o ciclo cardíaco. Na presença do mixoma esta relação é mantida na sístole ventricular, enquanto que na diástole o tumor prolapsado ocupa o espaço posterior à valva mitral produzindo um sólido eco, que faz o diagnóstico (9).

A fonocardiografia pode ser utilizada, valorizando os achados auscultatórios, embora hoje não seja um método de uso corriqueiro (4,8,9).

A visualização do mixoma movendo-se através do ânulo mitral pela angiocardiorrafia sela definitivamente o diagnóstico (9). Contudo este método, além de invasivo, não é isento de riscos (9,10,18,20). Pode-se visualizar o tumor no átrio esquerdo após injeção de contraste no átrio em questão ou em artéria pulmonar (levofase) (9). A técnica de abordagem por punção transeptal é temerosa pois pode causar deslocamento do tumor e consequente embolização, visto que esta é realizada a nível de fossa oval, onde onde se situa a grande maioria dos mixomas friáveis. Além disto existe a possibilidade da angiocardiorrafia ocasionalmente não mostrar o tumor ou indicar falsamente sua presença (3,4,9).

Mais recentemente outros métodos vem sendo utilizados para o diagnóstico dos mixomas. Dentre estes citamos a Tomografia Computadorizada (CT) que apresenta altos graus de definição, possibilitando a localização e avaliação de tamanho e forma. O conteúdo gelatinoso do mixoma pode, contudo, dificultar a visualização do tumor devido a não contrastação com a densidade do sangue. Com este método frequentemente é necessário meios de contraste para melhor visualização (11,19).

Uma vez estabelecido o diagnóstico de mixoma, deve-se proceder a cirurgia o quanto antes, visto que a mortalidade dos pacientes que aguardam cirurgia se encontra em torno de 8% (9).

A técnica habitual para tratamento consiste em esternotomia mediana com "bypass" cardiopulmonar total, hipotermia moderada e cardioplegia com potássio para preservação do miocárdio. Isto é imprescindível para que se tenha um campo operatório adequado para ressecção meticulosa do tumor, pois o risco de embolização aumenta proporcionalmente ao grau de manipulação. A embolização de fragmentos mixomatosos é uma das complicações transoperatorias mais sérias deste procedimento. Há autores, inclusive que advogam a utilização de incisão ântero lateral a nível de quarto espaço intercostal pela facilidade de exposição do átrio esquerdo com mínima manipulação do coração. Assim, atualmente quando se utiliza esternotomia mediana, faz-se biatriotomia, que permite boa visualização para exisão tumoral, além de reduzir a manipulação (9,10,12,13). A exisão de uma bainha de tecido septal quando da extirpação do tumor é de grande importância. Embora ainda não esteja bem claro, acredita-se que as recidivas precoces estão diretamente relacionadas à ressecção inadequada do tumor.

A literatura cita um índice de recidiva variando de 4 a 14% (10,14,18), podendo ser bastante precoce, em torno de seis meses. Torna-se assim, necessário um acompanhamento a longo prazo destes pacientes, no sentido de detectar precocemente qualquer complicação.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ABRAMOWITZ, R.; et alli. Two dimensional echocardiographic diagnosis of separate myxomas of both atrium and left ventricle. The American Journal of Cardiology, (53):379-380
1984.
- 2 - BRAUNWALD, E. Tratado de cardiologia. 1 Ed. México, Interamericana, 1983, pag 1666-1667.
- 3 - BARBERO-MARCIAL, M.; GREGORI JUNIOR, F.; VREGINELLI, G. Tumores do coração. In: ZERBINI, E.J. Clínica cirúrgica alípio correa neto. 3 Ed. São Paulo, Sarvier, 1979, Cap 77 pag. 698-702.
- 4 - COX, W.R.; Et alli. Left atrial myxoma: phonocardiographic, echocardiographic, and micromanometric hemodynamic correlations. Southern Medical Journal, 77(2) : 237-240, 1984.
- 5 - FERREIRA, C.; et alli. Mixoma de átrio esquerdo - diagnóstico pela angiografia digital: relato de caso. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 42 (4) : 289-291, 1984.
- 6 - FRANDSEN, T. M.; Et alli. Streptococcus viridans bacteremia associated with atrial myxoma. American Heart Journal, 110 (1 Pt 1): 181-182, 1985.
- 7 - FRIEDLAND, C.; Et alli. La utilidad de la ecocardiografia en el diagnóstico del mixoma auricular. Archives of Institute

of Cardiology of Mexico,53 (3): 229-236,1983.

- 8 - GERSHLICK,G.L.; Et alli. The loud first heart sound in left atrial myxoma. British Heart Journal,52(4): 403-4070, 1984.
- 9 - HATTLER, B.G.; SABISTON,D.C. Tumores del corazon. In:SABISTON JR,D.C.; SPENCER,F.C. Gibbon - cirurgia toracica, 2 ed.Salvat Editores S/A, Barcelona- Espanha, 1980, cap. 52, pag 1533 - 1541.
- 10- HANLY,J.; et alli. Bi-atrial mixomas presenting as recurrent emboli in a girl. Postgraduate Medical Journal,6(700): 147-150, 1984.
- 11- KAWAI, N.; et alli.Evaluation of left atrial myxoma with tranmission computed tomography. American Heart Journal, 109 (5 Pt 1): 1116-1118,1985.
- 12- LIVI, U.; et alli. Cardiac Myxomas: results of 14 years' experience. Thoracic Cardiovascular Surgeon,32 (3):143-147 , 1983.
- 13- MARVASTI,M.D.; et alli. Approach in the management of atrial myxoma with long-term follow-up. Annals of thoracic surgery 38 (1): 53-58,1984.
- 14- RASMUSSEN,K.K.; et alli. Unusual variant in tumor vascularity associated with left atrial myxoma.AJR,141(5): 927-928,1983

- 15- SABISTON JR, D.C.; HATTLER, B.G. Neoplasias cardiacas.In:

SABISTON JR, D.C.; Tratado de Patologia Quirurgica, 10 ed. Interamericana, Mexico, 1972, cap. XIII, 1964-1969.

16- SEAGLE, R.L.; et alli. Left atrial myxoma and atrial septal defect with recurrent pulmonary emboli. Southern Medical Journal, 78(8): 992-994, 1985.

17- SCHROEDER, E.; et alli. Left atrial myxoma causing fluttering of the anterior mitral leaflet. Acta Cardiologica, 38(6): 69-74, 1983.

18- SUTTON, M. E. J.; et alli. Atrial myxomas. A review of clinical experience in 40 patients. Mayo Clinic Procedures, (55): 371-375, 1980.

19- TSUCHIYA, F.; et alli. CT findings of atrial myxomas. Radiology, 151 (1): 139-143, 1984.

20- YOUSOF, A. M.; et alli. Two-dimensional echocardiography in the diagnosis of left atrial myxoma. Materia Medica Polona, 14(1-2): 68-70, 1982.

TCC
UFSC
CM
0220

N.Cham. TCC UFSC CM 0220
Autor: Nercolini, Deborah
Título: Mixoma de átrio esquerdo : rela



972814130

Ac. 253409

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM