

Grande cisto pericárdico manifestando-se com compressão das câmaras cardíacas direitas

A large pericardial cyst presenting with compression of the right-side cardiac chambers

Isabella Morais Martins¹, Júlia Medeiros Fernandes¹, Cláudio Léo Gelape², Renato Braulio³, Vagner de Campos Silva⁴, Maria do Carmo Pereira Nunes⁵

DOI: 10.5935/1678-9741.20110032

RBCCV 44205-1313

Resumo

Cistos pericárdicos são raros, comumente congênitos, com localização mais frequente no ângulo cardiofrênico direito. O diagnóstico é suscitado pela radiografia de tórax anormal. O presente relato descreve um caso de cisto pericárdico com aspecto radiográfico atípico, em um paciente atleta, manifestando-se clinicamente com sintomas de insuficiência ventricular direita. O diagnóstico foi sugerido pelo ecocardiograma transesofágico e confirmado pelo estudo anatomopatológico.

Descritores: Cisto mediastínico/cirurgia. Pericárdio/patologia. Procedimentos cirúrgicos cardiovasculares.

Abstract

Pericardial cysts are rare, usually congenital. Cysts frequently occur in the right cardiophrenic angle and their diagnosis is usually suspected after an abnormal chest X ray. The present case report shows a case of pericardial cyst with atypical radiographic aspect in an athletic patient who presented clinical with symptoms of right ventricular failure. The diagnosis was suggested by echocardiogram and subsequently was confirmed by pathologic examination.

Descriptors: Mediastinal cyst/surgery. Pericardium/pathology. Cardiac surgical procedures.

INTRODUÇÃO

Os cistos do coração e pericárdio são raros [1]. São essencialmente congênitos, com incidência estimada em 1:100.000, sendo responsáveis por cerca de 6-7% de todas as massas mediastinais descritas na literatura [2,3]. Na maioria das vezes são assintomáticos e, geralmente, são diagnosticados incidentalmente por meio da radiografia de tórax. Alguns casos apresentam-se com sintomas de dispnéia e dor torácica. Além disso, complicação como tamponamento cardíaco pode ocorrer, justificando a necessidade do diagnóstico.

Relatamos o caso de um paciente previamente assintomático, atleta, apresentando-se com quadro de congestão sistêmica devido à compressão cardíaca direita por um grande cisto pericárdico após trauma torácico fechado.

RELATO DO CASO

Homem de 40 anos, fisiculturista, com hábitos de levantar peso excessivo e história pregressa de trombose venosa profunda, em uso de anticoagulante oral. Previamente assintomático quando iniciou quadro de

1. Médica; Cardiologista, Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Cirurgião cardiovascular; Professor da Universidade Federal de Minas Gerais
3. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto da Universidade Federal de Minas Gerais e Cirurgião Cardiovascular.
4. Médico Residente do Serviço de Cardiologia e Cirurgia Cardiovascular do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais.
5. Cardiologista e Professora da Universidade Federal de Minas Gerais

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Endereço para correspondência:
Maria do Carmo Pereira Nunes. Departamento de Clínica Médica – UFMG. Av. Professor Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – Belo Horizonte, MG, Brasil – CEP 30130-100
E-mail: mcarmo@waymail.com.br

Artigo recebido em 18 de abril de 2010
Artigo aprovado em 15 de agosto de 2010

dispneia aos esforços, ingurgitamento jugular e tosse seca. Informa trauma contuso no tórax de forte impacto por queda de uma barra, no último mês. Evoluiu com piora progressiva dos sintomas, quando procurou atendimento médico. Inicialmente, foi solicitado ecocardiograma transtorácico, que não obteve impacto diagnóstico suficiente; posteriormente, realizou tomografia computadorizada de tórax sem contraste, que sugeriu presença de derrame pericárdico. Ecocardiograma transesofágico evidenciou compressão extrínseca das câmaras cardíacas direitas e desvio do septo interventricular para a esquerda, além de evidente espessamento do pericárdio, com repercussão hemodinâmica. A função e a morfologia das câmaras esquerdas estavam levemente reduzidas, e não havia alterações significativas nas valvas cardíacas (Figura 1).

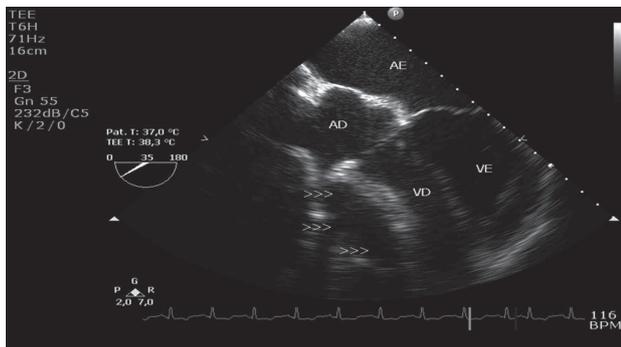


Fig. 1 – Imagem ao ecocardiograma transesofágico demonstrando compressão extrínseca das câmaras direitas, com desvio do septo interventricular para a esquerda em decorrência do cisto pericárdico (setas). AD: átrio direito; VD: ventrículo direito; AE: átrio esquerdo; VE: ventrículo esquerdo

O paciente foi internado e, à admissão, apresentava-se normocorado, hidratado, eupneico, acianótico, com perfusão capilar periférica preservada. Jugulares ingurgitadas, com ausculta cardíaca normal.

Foi submetido a miniesternotomia mediana baixa, sem circulação extracorpórea, sendo encontrada grande estrutura cística com conteúdo fibrino-hemorrágico espesso. As paredes do cisto estavam grosseiramente calcificadas na porção aderida ao epicárdio do ventrículo direito e átrio direito, desde a cava superior até a parede diafragmática inferior direita (Figuras 2 e 3). Houve dificuldade para a excisão do cisto, em função das calcificações fortemente aderidas ao epicárdio, aumentando o risco de lesões. A incisão precisou ser expandida até o manúbrio esternal (em L). A operação ocorreu sem intercorrências.

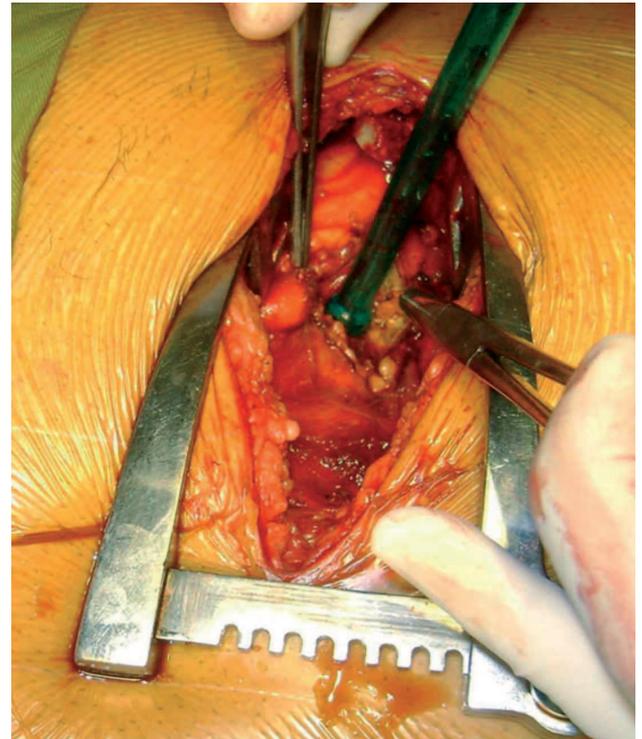


Fig. 2 – Esternotomia mediana, demonstrando o cisto pericárdico aberto com seu conteúdo sendo aspirado

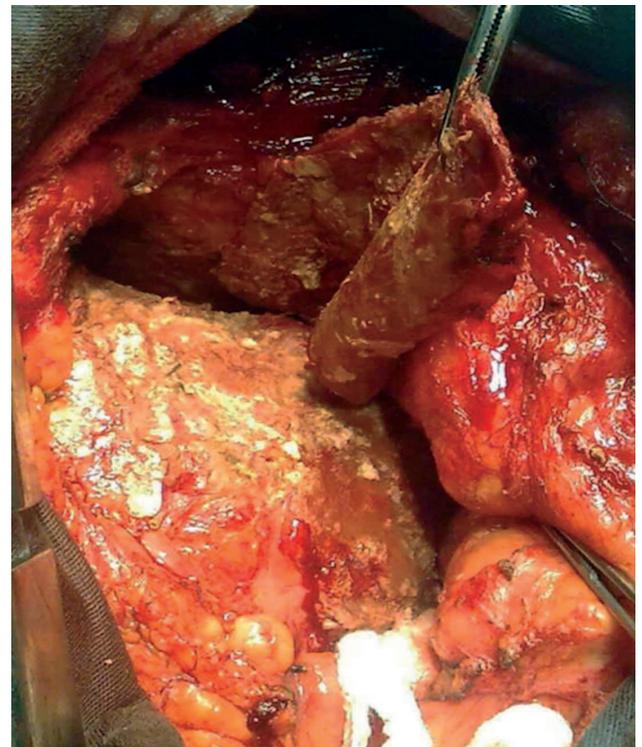


Fig. 3 – Esternotomia mediana, demonstrando as calcificações sobre as câmaras direitas e a parede espessada do cisto pericárdico. No reparo, a porção superior e lateral direita do cisto

Após cirurgia, o paciente evoluiu bem, recebendo alta no 5º dia de pós-operatório. A análise histopatológica confirmou a suspeita pré-operatória de um grande cisto pericárdico medindo 10 x 3 x 0,3 cm. Ecocardiograma transtorácico pós-operatório demonstrou um pericárdio espessado, mas com ventrículo direito normal. No seguimento ambulatorial de 6 meses, o paciente apresentou remissão completa dos sintomas.

DISCUSSÃO

Cistos pericárdicos são anomalias congênitas incomuns que ocorrem quase exclusivamente em adultos na quarta e quinta décadas de vida [4]. Esses cistos são causados por um defeito no desenvolvimento da cavidade celômica, estando invariavelmente aderidos ao folheto pericárdico, embora a comunicação com a cavidade pericárdica possa acontecer [5]. Localizam-se classicamente junto ao seio cardiofrênico anterior direito, sendo sua ocorrência em outros sítios bem menos comum [6].

Os cistos variam em diâmetro de 2 a 5 cm ou mais e representam 6% das massas mediastinais e 33% dos cistos mediastinais [7]. A maioria dos casos não tem sintomas, com diagnóstico incidental à radiografia de tórax. Raramente se calcificam ou se rompem. Cistos adquiridos são extremamente raros e podem estar associados a neoplasia mediastinal, infecção parasitária, doença traumática ou cirurgia cardíaca [8].

No presente caso, o paciente é um homem de 40 anos, que pertence à faixa etária comum de apresentação dessa doença. Entretanto, enfatizamos o fato de se tratar de um paciente fisiculturista, com história de trauma torácico recente, causando aumento de um cisto previamente assintomático. Assim, a compressão das câmaras cardíacas direitas e insuficiência cardíaca associada podem se manifestar em um paciente com cisto pericárdico assintomático após trauma torácico [9]. De fato, o paciente relatou início dos sintomas quatro semanas após o trauma. Somado a isso, destacamos o tamanho incomum do cisto e as suas características anatomopatológicas com conteúdo hemorrágico.

Os sintomas mais comuns constituem dor torácica, dispneia, tosse e palpitações. Ocasionalmente, podem alterar a hemodinâmica cardiovascular ou a expansibilidade pulmonar e produzir sinais e sintomas que simulem estenose tricúspide, estenose pulmonar ou pericardite constritiva [9]. No presente relato, os sintomas de insuficiência do ventrículo direito estavam presentes secundários à compressão das câmaras direitas, evidenciada pelo ecocardiograma.

O diagnóstico incidental baseia-se na realização de uma radiografia de tórax que evidencia uma massa radiodensa, homogênea, arredondada, demonstrando o sinal clássico

da silhueta descrito por Felson & Felson [10]. O ecocardiograma transtorácico, geralmente, é suficiente para estabelecer o diagnóstico, sendo, ocasionalmente necessária a complementação propedêutica com o exame transesofágico, em casos de localização atípica ou de difícil visualização. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética também contribuem principalmente no diagnóstico diferencial com outras massas mediastinais. A punção aspirativa é uma alternativa atraente, por ser diagnóstica e terapêutica e apresentar baixa mortalidade. Entretanto, o diagnóstico definitivo só é firmado por meio dos achados do exame anatomopatológico, como ocorreu no presente caso.

Os diagnósticos diferenciais incluem tumores sólidos e outros cistos do mediastino, hérnia ou tumores diafragmáticos, aneurismas cardíacos ou de grandes vasos. Dentre as complicações, incluem-se ruptura, tamponamento cardíaco, obstrução do brônquio fonte direito, obstrução do trato de saída do ventrículo direito e insuficiência cardíaca aguda [11].

A resolução espontânea do cisto pericárdico foi descrita em poucos casos, provavelmente por ruptura do cisto [12]. O tratamento conservador deve ser reservado para os casos assintomáticos. A aspiração percutânea e a esclerose com etanol constituem alternativas terapêuticas, reservando a remoção cirúrgica naqueles casos sintomáticos, com repercussões cardiorrespiratórias [13]. A cirurgia foi a melhor opção de tratamento no nosso caso, em face às dimensões do cisto e à presença de comprometimento hemodinâmico por evidente compressão das câmaras direitas.

REFERÊNCIAS

1. Engle DE, Tresch DD, Boncheck LI, Foley WD, Brooks HL. Misdiagnosis of pericardial cyst by echocardiography and computed tomography scanning. *Arch Intern Med.* 1983;143(2):351-2.
2. Davis RD Jr, Oldham HN Jr, Sabiston DC Jr. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management, and results. *Ann Thorac Surg.* 1987;44(3):229-37.
3. Cohen AJ, Thompson LN, Edwards FH, Bellamy RF. Primary cysts and tumors of the mediastinum. *Ann Thorac Surg.* 1991;51(3):378-84.
4. Saad R, Carvalho WR, Ximenes Neto M. *Cirurgia torácica geral.* 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005.
5. Gilbert-Barnes E. *Potter's pathology of the fetus and infant.* 4ª ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1997.

6. Wang ZJ, Reddy GP, Gotway MB, Yeh BM, Hetts SW, Higgins CB. CT and MR imaging of pericardial disease. *Radiographics*. 2003;23(Spec No):S167-80.
7. Maisch B, Seferovic PM, Ristic AD, Erbel R, Rienmüller R, Adler Y, et al. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary; The Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2004;25(7):587-610.
8. Borlaug BA, DeCamp MM, Gangadharan SP. Neoplastic pericardial disease. In: Basow DS, ed. *UpToDate*. Waltham:UpToDate;2008.
9. Temizkan V, Onan B, Inan K, Ucak A, Yilmaz AT. Hemorrhage into a pericardial cyst and associated right ventricular compression after blunt chest trauma. *Ann Thorac Surg*. 2010;89(4):1292-5.
10. Felson B, Felson H. Localization of intrathoracic lesions by means of the postero-anterior roentgenogram; the silhouette sign. *Radiology*. 1950;55(3):363-74.
11. Patel J, Park C, Michaels J, Rosen S, Kort S. Pericardial cyst: case reports and a literature review. *Echocardiography*. 2004;21(3):269-72.
12. Abbey AM, Flores RM. Spontaneous resolution of a pericardial cyst. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;16(1):55-6.
13. Nina VJ, Manzano NC, Mendes VG, Salgado Filho N. Giant pericardial cyst: case report. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2007;22(3):349-51.