

# Hemangioma intra-atrial esquerdo

## *Capillary-type cardiac hemangioma, in the left atrium*

Adalberto Freire SOBRINHO<sup>1</sup>, José Augusto FERREIRA<sup>1</sup>, Marcelo Pimenta BORÉM<sup>1</sup>, Jefferson Francisco de OLIVEIRA<sup>1</sup>, Letícia Rocha BORGES<sup>2</sup>, Marco Antônio DIAS<sup>3</sup>

RBCCV 44205-785

### *Resumo*

É apresentado o caso de paciente de 49 anos, sexo feminino, com ecocardiograma e cateterismo cardíaco mostrando massa intra-atrial esquerda, sugerindo mixoma, encaminhada para avaliação cardiológica devido à dispnéia. A paciente era ainda portadora de hepatoesplenomegalia esquistossomótica. Após preparo pré-operatório, que incluiu assistência hematológica, a paciente foi submetida a tratamento cirúrgico, com auxílio de circulação extracorpórea. Apresentou sangramento aumentado no pós-operatório imediato, melhorando após transfusão de plaquetas. O estudo anatomopatológico revelou tratar-se de hemangioma capilar benigno.

**Descritores:** Neoplasias cardíacas, cirurgia. Átrios do coração, patologia. Hemangioma, diagnóstico. Hemangioma, cirurgia.

### *Abstract*

A 49-year-old woman, whose echocardiography and hemodynamic study showed a mass in the left atrium suggestive of myxoma, was referred for cardiological evaluation because of dyspnea. She also had schistosomotic hepatosplenomegaly. After a preoperative evaluation with hematological assistance, the patient underwent surgery using a cardiopulmonary bypass. She suffered a hemorrhage in the immediate post-operative period, which improved after platelet transfusion. The histopathologic study showed a capillary-type cardiac hemangioma.

**Descriptors:** Heart neoplasms, surgery. Heart atria, pathology. Hemangioma, diagnosis. Hemangioma, surgery.

Trabalho realizado no Hospital Evangélico de Belo Horizonte.

1 – Cirurgião cardiovascular do Hospital Evangélico de Belo Horizonte.

2 – Hematologista do Hospital das Clínicas da UFMG.

3 – Patologista do Hospital Evangélico de Belo Horizonte. Professor assistente da Disciplina de Patologia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Adalberto Freire Sobrinho.

Rua Wilson Modesto Ribeiro, 185 / 808 – Ipiranga. Belo Horizonte, Minas Gerais.

CEP 31160-430. Tel: (31) 3426-5534. E-mail: freires@aol.com

Artigo recebido em agosto de 2005  
Artigo aprovado em dezembro de 2005

## INTRODUÇÃO

Tumores intracardíacos primários são condições extremamente raras, sendo, a grande maioria dos casos relatados, tumores benignos, 50% dos mesmos referentes a mixomas, enquanto 5% a 10% destes representam hemangiomas em várias séries cirúrgicas. Em muitos casos, os hemangiomas são assintomáticos, descobertos acidentalmente por necropsia ou cirurgia cardíaca devido a outra doença associada. Em pacientes sintomáticos, os hemangiomas podem simular doenças valvares, estar relacionados a arritmias, congestão pulmonar, etc, e até mesmo estar associados à morte súbita, de acordo com a localização encontrada. Relatamos um caso de hemangioma de átrio esquerdo, relacionado à dispnéia, em paciente portadora ainda de hiperesplenismo importante, de origem esquistossomótica, submetida a exérese cirúrgica do mesmo.

## RELATO DO CASO

Paciente de 49 anos, do sexo feminino, portadora de hepatoesplenomegalia esquistossomótica, evoluindo com hipertensão portal e varizes de esôfago, em controle clínico-cirúrgico, foi encaminhada para avaliação cardiológica devido à dispnéia aos médios esforços. Ao exame apresentava-se normotensa, o ritmo cardíaco era regular, as bulhas eram normofonéticas, com sopros sistólico/diastólico (1+/6+) em área mitral. A radiografia de tórax mostrava área cardíaca ligeiramente aumentada (1+/4+). O eletrocardiograma mostrava ritmo sinusal, sem sinais de sobrecarga de câmaras. O ecodopplercardiograma mostrava um átrio esquerdo dilatado, com imagem de massa aderida em sua parede medial, sugerindo

mixoma, sem sinais de hipertensão pulmonar. Foi submetida a estudo hemodinâmico que evidenciou um nódulo em átrio esquerdo, próximo à implantação da valva mitral, fixo, levemente calcificado (provável mixoma) (Figura 1); hipertensão leve em artéria pulmonar, além de aterosclerose coronariana difusa discreta, e ventrículo esquerdo com hipocinesia difusa discreta.

Os exames laboratoriais evidenciaram plaquetopenia importante ( $54.000 / \text{mm}^3$ ), de caráter persistente. A paciente foi encaminhada para avaliação hematológica, tendo sido submetida a mielograma que evidenciou setor megacariocítico em número aumentado, com produção plaquetária evidente, compatível com hiperesplenismo. A paciente foi liberada para submeter-se ao procedimento cirúrgico cardiovascular, após preparo pré-operatório que incluiu a reserva de plaquetas.

O procedimento cirúrgico foi então realizado, com auxílio de circulação extracorpórea, de modo rotineiro. Após a atriotomia esquerda, foi visualizada massa tumoral clara, nodular, encapsulada, com implantação no teto do átrio esquerdo. Foi realizada a ressecção da lesão, sendo a região de sua implantação submetida à eletrocauterização. A saída de CEC procedeu-se rotineiramente, após o retorno espontâneo dos batimentos cardíacos. O tempo de CEC foi de 35 minutos, a uma temperatura de  $34^\circ \text{C}$ . Durante o fechamento do tórax, foi realizada hemostasia exaustiva. O material ressecado foi enviado a estudo anatomopatológico que revelou tratar-se de massa nodular lisa, esbranquiçada, com focos de calcificação, com 2,5 cm de diâmetro, aos cortes sendo evidenciadas áreas hemorrágicas (Figura 2a). A microscopia mostrou lesão benigna com área hialinizada com proliferação vascular capilar revestida por endotélio, além



Fig. 1 – Estudo hemodinâmico evidenciando o Hemangioma

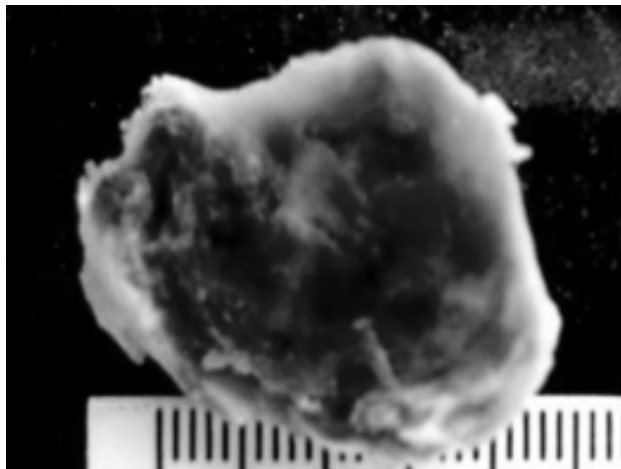


Fig. 2a - Hemangioma - Aspecto macroscópico

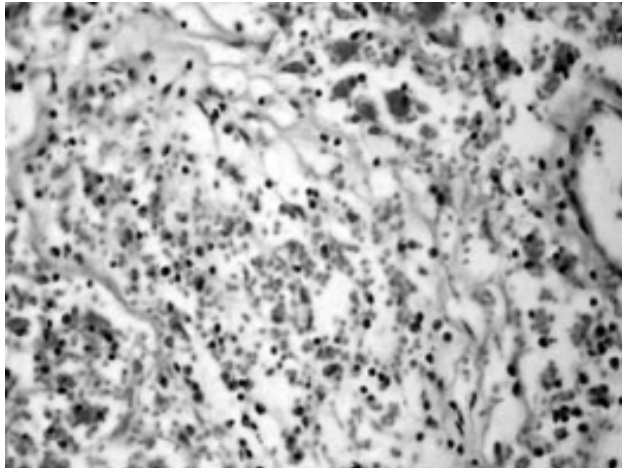


Fig. 2b - Hemangioma - Aspecto microscópico

da presença de vasos sangüíneos com paredes espessas, com focos de calcificação (Figura 2b). Não foram evidenciadas atipias celulares ou tecido mixóide, sugerindo tratar-se de hemangioma capilar benigno.

A paciente apresentou sangramento importante nas 1<sup>as</sup> horas de pós-operatório, sendo necessária hemotransfusão incluindo reposição de plaquetas para controle do sangramento após a 3<sup>a</sup> hora. Apresentou, a partir de então, boa evolução pós-operatória, recebendo alta do CTI no 2<sup>o</sup> dia e alta hospitalar no 9<sup>o</sup> dia pós-operatório, sem outras intercorrências. Permanece desde então em controle clínico-cardiológico, com boa evolução, tendo sido ainda reencaminhada para manutenção do controle clínico-cirúrgico e hematológico, devido ao hiperesplenismo.

#### COMENTÁRIOS

Tumores intracardíacos primários são extremamente raros, com incidência entre as doenças cardíacas variando de 0,001% a 0,3%, sendo benignos cerca de 75% dos mesmos. Dentre os tumores benignos, os mixomas constituem o tipo mais comum (aproximadamente 50%), enquanto que 5% a 10 % dos mesmos são representados pelos hemangiomas em várias séries cirúrgicas [1,2]. Os hemangiomas caracterizam-se histologicamente entre três tipos: cavernoso (formado por vasos múltiplos, dilatados e de paredes finas), capilar (formado por pequenos vasos lembrando capilares) e artério-venoso (formado por pequenas artérias e veias displásicas). Os hemangiomas

cardíacos freqüentemente associam critérios dos três tipos histológicos, contendo ainda tecido fibroso e células de gordura. Cerca de 15% dos hemangiomas envolvem o pericárdio e/ou epicárdio.

Os hemangiomas ocorrem em qualquer idade, porém o diagnóstico ocorre, predominantemente, na faixa compreendida pela 4<sup>a</sup> década de vida [3,4]. Nas séries cirúrgicas relatadas, há um predomínio de pacientes do sexo masculino (cerca de 65%). Em muitos casos, os hemangiomas são assintomáticos, descobertos acidentalmente por necropsia ou cirurgia cardíaca devido a outra doença associada. Em pacientes sintomáticos, os hemangiomas podem estar relacionados a arritmias, congestão pulmonar, insuficiência cardíaca, obstrução da via de saída de VE ou VD ou insuficiência coronariana, podendo ainda estar associados à morte súbita, quando relacionados a distúrbios de condução, atribuíveis à proximidade com o nó AV ou à localização ventricular.

Um raro mecanismo de morte súbita em indivíduos com hemangioma cardíaco é a ruptura do tumor na cavidade pericárdica, com tamponamento subsequente. Há uma associação rara dos hemangiomas cardíacos com hemangiomas do trato gastrointestinal [3] ou hemangiomas faciais tipo “mancha em vinho do porto”. Hemangiomas gigantes podem ainda estar relacionados à trombose e/ou coagulopatias (síndrome Kasabach-Merritt) [5].

Os hemangiomas cardíacos podem apresentar localização variada. Em várias séries já relatadas, cerca de 34% localizavam-se nos átrios, 27% no ventrículo esquerdo ou septo interventricular, 24% no ventrículo direito, 13% no pericárdio ou epicárdio e 2% na valva mitral [4]. No presente relato, encontramos paciente portadora de plaquetopenia persistente, secundária à hepatoesplenomegalia esquistossomótica, com clínica compatível com doença valvar mitral, com diagnóstico sugestivo de mixoma de átrio esquerdo atribuído por técnicas de imagem (ecocardiograma e estudo hemodinâmico), submetida a cirurgia para exérese do tumor e encaminhamento da peça cirúrgica a estudo anatomopatológico, com definição histológica e diagnóstico da lesão. A paciente apresentou hemorragia no pós-operatório imediato, respondendo bem à hemotransfusão com reposição plaquetária.

O estudo de fatores predisponentes ao sangramento após cirurgia cardíaca [6], com aumento da necessidade transfusional, relaciona plaquetopenia pré-operatória e uso de CEC (principalmente CEC prolongada com hipotermia). No presente relato, o sangramento aumentado, atribuído principalmente à plaquetopenia prévia, potencializada pelo uso de CEC (embora de curta duração e sem hipotermia profunda), foi corrigido após reposição plaquetária. A paciente apresentou boa evolução a partir de então, sem outras intercorrências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dein JR, Frist WH, Stinson EB, Miller DC, Baldwin JC, Oyer PE et al. Primary cardiac neoplasms. Early and late results of surgical treatment in 42 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1987;93(4):502-11.
2. Murphy MC, Sweeney MS, Putnam JB, Walker WE, Frazier OH, Ott DA et al. Surgical treatment of cardiac tumors: a 25-years experience. *Ann Thorac Surg.* 1990;49(4):612-8.
3. Burke A, Johns JP, Virmani R. Hemangiomas of the heart: a clinicopathologic study of ten cases. *Am J Cardiovasc Pathol.* 1990;3(4):283-90.
4. Abad C, Campo E, Estruch R, Condom E, Barriuso C, Tassies D et al. Cardiac hemangioma with papillary endothelial hyperplasia: report of a resected case and review of the literature. *Ann Thorac Surg.* 1990;49(2):305-8.
5. Gengenbach S, Ridker PM. Left ventricular hemangioma in Kasabach-Merritt syndrome. *Am Heart J.* 1991;121(1 pt 1):202-3.
6. Miana LA, Atik FA, Moreira LF, Hueb AC, Jatene FB, Auler Junior JO et al. Fatores de risco de sangramento no pós-operatório de cirurgia cardíaca em pacientes adultos. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2004;19(3):280-6.