

Tumor fantasma

Phantom tumour

Isabel Germano*, Isabel Marcão**, Alexandra Ramos***, Francisco Farrajota****

Resumo

Os autores apresentam um caso clínico de doente do sexo masculino, 52 anos, raça negra, com seropositividade para VIH2, internado por AVC isquémico, não apresentando outros factores de risco para doença cerebrovascular. No estudo para despiste de fonte embolígena, foi detectada massa na aurícula direita, com septo interauricular íntegro, confirmada por múltiplos exames complementares. Após estudo exaustivo e admitido tumor primitivo da aurícula direita, foi submetido a cirurgia cardíaca não sendo constatada a referida massa.

Palavras chave: massa intracardíaca, imagiologia cardíaca, AVC isquémico

Abstract

The authors present a clinical case of a 52 year old black man seropositive for HIV 2, admitted for an ischaemic cerebrovascular accident, without preexisting risk factors for cerebrovascular disease. Complementary studies for an embolic source, revealed a right atrial mass without atrial septal defect. Cardiac surgery did not reveal a tumour.

Key words: intracardiac mass, cardiac imaging, ischaemic stroke

Introdução

Nos últimos anos, o aparecimento de exames complementares não invasivos, com sensibilidade e especificidade bastante elevadas, tem permitido diagnósticos outrora impossíveis. Muitas entidades clínicas assintomáticas têm sido descobertas devido à credibilidade nas técnicas diagnósticas, transformando o indivíduo "sau-

dável" num indivíduo doente. O diagnóstico precoce e a consequente atitude terapêutica atempada têm conduzido a sucesso clínico em inúmeras situações de consideráveis morbidade e mortalidade.

Apresentamos um caso clínico insólito, que originou discussão relativa às várias hipóteses diagnósticas e à interpretação dos exames complementares de imagem, e cuja análise retrospectiva continua a suscitar grandes dúvidas e dificuldades em contrapor a nossa decisão terapêutica.

Caso clínico

A.L.V., sexo masculino, 53 anos, raça negra, natural de Cabo Verde e residente em Portugal há vários anos, pedreiro, internado em Julho de 1993 por quadro de instalação súbita de confusão mental, disartria e hemiparesia direita.

Tratava-se de um doente sem antecedentes patológicos relevantes, nomeadamente hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes, obesidade, patologia cardíaca conhecida, história recente de traumatismo craniano, febre, emagrecimento ou outros sintomas ou sinais.

O exame neurológico evidenciou períodos de confusão e desorientação tempororo-espacial, disartria, paresia facial direita tipo central e hemiparesia direita de predomínio braquial. Não apresentava sinais meníngeos e a fundoscopia era normal.

No restante exame objectivo salientavam-se: regular estado geral e de nutrição, pele e mucosas sem alterações, apirexia, pulso radial de 58 ppm, rítmico, regular e amplo, pressão arterial de 135/85mmHg, pulsos carotídeos simétricos, sem sopros no trajecto das artérias carotídeas, auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações, ausência de adenomegalias ou hepatoesplenomegalia. Sem sinais de insuficiência venosa periférica.

A tomografia axial computadorizada cranioencefálica (TAC-CE), efectuada na admissão, revelou enfarte isquémico do território de distribuição distal posterior da artéria cerebral média esquerda. Da investigação complementar efectuada destacam-se:

– Exames laboratoriais: hemograma normal, velocidade de sedimentação de 50mm (1.^a hora), provas de função renal e hepática normais, glicemia e perfil lipídico sem alterações. Ausência de pico monoclonal na electroforese das proteínas séricas. Estudo da coagulação, nomeadamente antitrombina III e proteínas C e S, dentro dos valores normais. VDRL e estudo imunológico, incluindo anticorpos antifosfolipídicos, negativos. Serologia positiva para VIH2, com linfócitos CD4 de 645/mm³.

– Telerradiografia do tórax, electrocardiograma e eco-Doppler dos vasos do pescoço e transcraniano sem alterações.

*Interna do Internato Complementar de Medicina Interna do Serviço de Medicina do Hospital do Desterro

**Assistente Hospitalar de Medicina Interna do Serviço de Medicina do Hospital do Desterro

***Assistente Hospitalar Graduada de Cardiologia do Serviço de Cardiologia do Hospital de Pulido Valente

****Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna do Serviço de Medicina do Hospital do Desterro

Recebido para publicação a 14.12.96

– Ecocardiograma transtorácico (ETT) bidimensional revelou imagem ecogénica, móvel, na aurícula direita, aparentemente aderente ao anel da válvula tricúspide.

– Ecocardiograma transesofágico (ETE) confirmou a presença de imagem de contornos mal definidos, pouco ecogénica, móvel, na aurícula direita, aderente à porção distal do septo interauricular, sem aparentes características de mixoma (Fig.1). O exame Doppler detectou insuficiência tricúspide ligeira e confirmou a integridade do septo interauricular (Fig.2).

– Ressonância magnética nuclear (RMN) cardíaca demonstrou lesão expansiva da aurícula direita, grosseiramente nodular, com cerca de 3 cm de diâmetro, não pediculada, adjacente ao anel da válvula tricúspide e à parede da aurícula direita, sem planos de clivagem com a mesma (Fig.3). Estes aspectos eram compatíveis com formação tumoral primitiva cardíaca, ainda que não se pudesse excluir, formalmente, patologia secundária.

Colocada indicação cirúrgica, procedeu-se, enquanto se aguardava o momento da intervenção, a estudo complementar adicional para exclusão de eventual tumor primário extracardíaco – TAC torácico, TAC abdominopélvico, ecografia vesicoprostática, ecografia escrotal – que foi negativo.

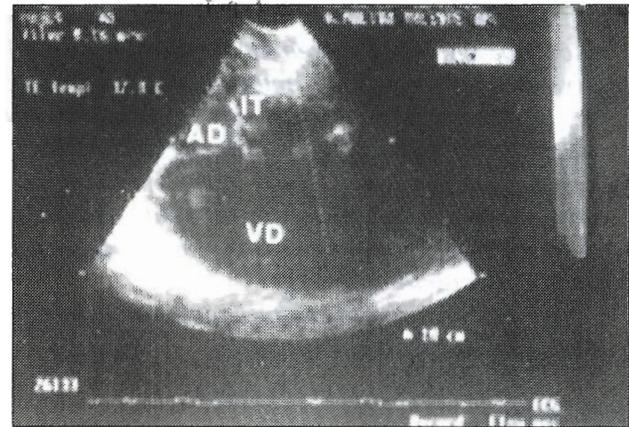
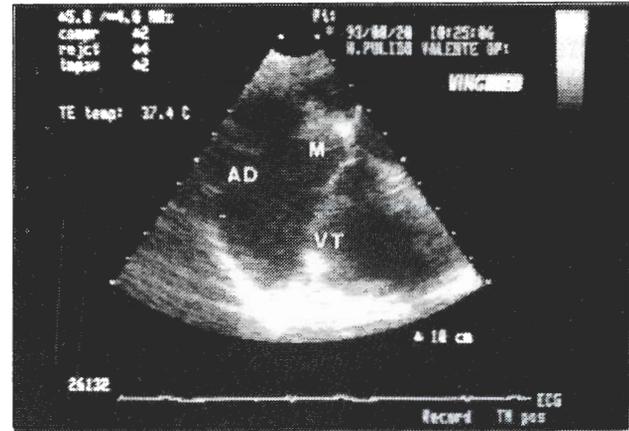
Cinco semanas após o diagnóstico ecocardiográfico, o doente foi submetido, sob circulação extracorporeal, a cirurgia com atriotomia direita, constatando-se a ausência de qualquer massa, quer na aurícula direita quer no ventrículo direito ou aurícula esquerda. O pós-operatório decorreu sem complicações.

O doente continua a ser seguido em consulta externa, registando-se recuperação total dos défices neurológicos e mantendo-se sob antiagregação plaquetária. Realizaram-se controlo ecocardiográfico bidimensional e ressonância cardíaca, que não revelaram quaisquer anomalias. Relativamente à infecção pelo VIH, mantém-se sem critérios de doença de acordo com o CDC (Centers for Disease Control).

Discussão

Perante um quadro neurológico caracterizado por estado confusional agudo e sinais focais há que admitir disfunção hemisférica cerebral, relacionada com lesão vascular ou com lesão ocupando espaço de natureza neoplásica ou infecciosa. No caso apresentado, a inexistência de queixas sistémicas, sinais meníngeos, alterações na fundoscopia e outros sintomas ou sinais para além dos descritos sugeria etiologia vascular. Esta veio a ser confirmada por TAC-CE que evidenciou lesão isquémica do território de distribuição da artéria cerebral média esquerda.

Reconhecida a importância do estudo etiológico exaustivo dos AVC, particularmente em indivíduos jovens, sem



Figs. 1 e 2 — Ecocardiograma transesofágico

A.D. - aurícula direita

V.D. - ventrículo direito

V.T. - válvula tricúspide

I.T. - insuficiência tricúspide

M. - massa intracavitária

factores de risco para doença cerebrovascular ou diagnóstico prévio de patologia cardíaca, procurou-se despistar doença arterial não aterosclerótica, como vasculite, sífilis e SIDA, estados de hipercoagulabilidade e eventuais fontes embolígenas¹. A realização de ecocardiografia transtorácica, mandatória neste contexto, viria a detectar uma massa na aurícula direita, que só poderia ser ponto de partida de embolização para a circulação cerebral na presença de *shunt* interauricular.

Todos aqueles que executam e interpretam exames ecocardiográficos sabem das dificuldades resultantes de artefactos e de imagens variantes do normal e das várias “armadilhas” a que podem estar sujeitos, levando a erros diagnósticos de falsas imagens. É importante ter conhecimento das indicações e limitações dos exames de imagem e da informação complementar e aditiva que cada um deles pode fornecer, contribuindo para um correcto diagnóstico.

Foi com base neste raciocínio que o diagnóstico de

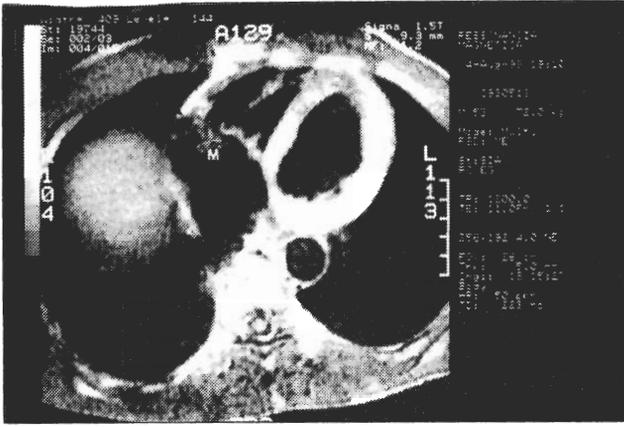


Fig.3 — Ressonância magnética nuclear cardíaca

provável massa na aurícula direita feito por ETT bidimensional foi confirmado por ETE, visto esta técnica ultrapassar as dificuldades da janela acústica transtorácica, permitindo melhor definição anatômica e do comportamento cinético de massas intracavitárias; por outro lado, foi igualmente possível demonstrar a integridade do septo interauricular².

Estávamos, pois, perante um doente com um acidente cerebrovascular isquémico, cujo estudo etiológico nos conduziu a dois diagnósticos adicionais: o de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida, que, como causa de doença arterial não aterosclerótica, poderia ter algum papel na fisiopatologia do AVC, e o de massa cardíaca, que, pela sua localização no coração direito na ausência de *shunt* direito-esquerdo, não tinha, seguramente, qualquer relação com o AVC.

Este último achado era, contudo, importante, na medida em que qualquer massa cardíaca, independentemente da sua natureza histológica, tem algum grau de morbidade e mortalidade pelas complicações hemodinâmicas que pode originar, como arritmias, distúrbios da condução, insuficiência cardíaca, tamponamento cardíaco e embolização³.

A fim de obter uma melhor localização e caracterização tecidual, foi realizada RMN cardíaca cujos atributos específicos a tornam vantajosa no diagnóstico de massas intracardíacas e, em alguns casos, fornece dados mais precisos do que a ecocardiografia bidimensional⁴. Os aspectos encontrados na RMN efectuada foram compatíveis com tumor cardíaco, mais provavelmente primitivo, não excluindo, no entanto, etiologia secundária. Dado que os tumores cardíacos primários são muito raros, procurou-se despistar tumor com origem extracardíaca. A reavaliação clínica e os exames

complementares adicionais permitiram excluir alguns dos tumores que metastizam com maior frequência para o coração — pulmão, mama, rim, melanoma e, com particular importância neste doente infectado pelo VIH, linfoma e sarcoma de Kaposi⁵.

Admitiu-se assim o diagnóstico provável de tumor cardíaco primitivo. O mixoma auricular, sendo entre estes o mais frequente, não era, contudo, sugerido pelo padrão ecocardiográfico.

Apesar do tumor detectado ter um comportamento clínico silencioso, as possíveis complicações hemodinâmicas e a necessidade de diagnóstico histológico justificaram a decisão de terapêutica cirúrgica.

O caso torna-se insólito quando, durante o acto operatório, não é detectada qualquer massa intracardíaca.

Após revisão e discussão do caso clínico entre médicos assistentes e médicos executantes dos vários exames de imagem, continua a ser difícil encontrar uma explicação credível para a evolução verificada. As hipóteses colocadas são pouco prováveis, mas são as únicas que conseguimos equacionar face a esta situação que vivenciamos:

– ou nunca existiu qualquer massa intracardíaca, tratando-se apenas de uma falsa imagem, hipótese pouco provável atendendo a que foram efectuadas três técnicas diferentes, por três executantes diferentes, em três tempos diferentes, técnicas essas que se complementam e que têm uma elevada sensibilidade para a detecção de massas intracardíacas;

– ou a massa intracardíaca (tumoral ou de outra natureza, nomeadamente trombo) sofreu, durante o período de espera entre a sua detecção e o acto cirúrgico, fragmentação e posterior microembolização pulmonar, hipótese pouco provável, uma vez que não houve qualquer manifestação clínica compatível com esse quadro e não foi efectuada cintigrafia pulmonar para confirmação.

Julgámos importante rever este caso clínico e transmitir a nossa experiência pela polémica levantada quanto à decisão terapêutica, que, embora infrutífera, entendemos ter sido a mais correcta no caso que descrevemos.

Concluimos reflectindo sobre a citação de John M. Keynes: “Não há nada tão desastroso como um investimento racional num mundo irracional”.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Dr. Nuno Jales a colaboração na execução da ressonância magnética cardíaca e na discussão do caso clínico.

Bibliografía

1. Bogousslarsky J. Stroke in Young Adults. Chapter 35. In: Stroke-Pathophysiology, Diagnosis and Management. 2th ed. New York: Churchill Livingstone Inc. 1992; 895-900.
2. Oh JK, Seward J, Tajik A. Tumors and Masses. In: The Echo Manual from the Mayo Clinic. Minnesota: Little Brown and Company. 1994; 185-191.
3. Colucci W, Braunwald. Cardiac Tumors, Cardiac Manifestations of Systemic Diseases, and Traumatic Cardiac Injury. Chapter 207. In Harrison's Principles of Internal Medicine 13th ed. New York. McGraw-Hill, Inc. 1994: 1101-1105.
4. Colucci W, Schoen F, Braunwald E. Primary Tumors of the Heart. Chapter 42. In: Braunwald Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine. 5th ed. Philadelphia. WB Saunders Company. 1996; 1464-1475.
5. Errichetti A, Weyman A. Cardiac Tumors and Masses. Chapter 36. In: Arthur E. Weyman. Principles and Practice of Echocardiography. 2th ed. Philadelphia. Lea and Febiger 1994; 1135-1173.