



CASO CLÍNICO

Tumor cardíaco em criança assintomática: um diagnóstico acidental

Carolina Cordinhã, Ângela Pereira, Patrícia Vaz Silva, Teresa Dionísio, Paula Martins, Graça Sousa, Isabel Santos, António Pires, Lúcia Ribeiro, Eduardo Castela*

Serviço de Cardiologia Pediátrica, Hospital Pediátrico de Coimbra, Coimbra, Portugal

Recebido a 25 de agosto de 2010; aceite a 10 de maio de 2011

PALAVRAS-CHAVE

Tumores cardíacos;
Pediatria;
Ressonância
magnética cardíaca;
Fibroma

KEYWORDS

Cardiac tumors;
Pediatric;
Cardiac magnetic
resonance imaging;
Fibroma

Resumo Os tumores cardíacos são uma entidade rara em idades pediátricas, com uma incidência variável entre 0,001% e 0,003%. Sendo habitualmente benignos, os rabiomiomas e os fibromas são os tipos histológicos mais frequentes. A clínica é inespecífica e dependente das dimensões e localização do tumor.

Descreve-se o caso de uma criança de quatro anos previamente saudável e assintomática, observada em contexto de infeção respiratória, tendo-se identificado cardiomegália na teleradiografia torácica. A ecocardiografia transtorácica revelou uma massa volumosa e heterogénea no ventrículo esquerdo, sem causar obstrução da câmara de saída ou disfunção valvular. A ressonância magnética foi sugestiva de fibroma. Procedeu-se a terapêutica cirúrgica, com excisão completa que confirmou fibroma mantendo-se assintomática.

© 2010 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

Asymptomatic cardiac tumor in a child: an incidental diagnosis

Abstract Cardiac tumors in the pediatric population are rare, their incidence range between 0.001% and 0.003%. They are mostly benign, rhabdomyomas the most common type, followed by fibromas. The clinical features are being usually nonspecific and depend on the size and location of the tumor within the heart.

We report the case of a previously healthy four-year-old boy referred for flu-like symptoms. A respiratory infection was suspected and a chest X-ray showed an increased cardiothoracic index. An echocardiogram revealed a single large heterogeneous mass in the left ventricle emerging from the lateral wall. Despite its size, the mass did not obstruct the left ventricular

*Autor para correspondência

Correio eletrónico: ecastela@hc.min-saude.pt (E. Castela).

outflow tract or affect mitral valve function. Cardiac magnetic resonance imaging showed a large mass whose imaging features were suggestive of a fibroma. He became symptomatic during follow-up and was referred for surgical excision of the mass. Histological study confirmed a fibroma. At present the patient remains asymptomatic.

© 2010 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introdução

Na população pediátrica os tumores cardíacos primários são maioritariamente benignos, sendo o rabiomioma o tipo histológico mais frequente, seguido pelos fibroma, mixoma e teratoma¹⁻⁶.

A clínica de apresentação é habitualmente inespecífica e dependente da localização e dimensões do tumor. Pode incluir precordialgia, sintomas gerais (febre e astenia), arritmias ou clínica de baixo débito por obstrução da câmara de saída. Por este motivo, o diagnóstico não é frequentemente efectuado até surgirem complicações graves, como derrame ou tamponamento pericárdico, eventos embólicos, síncope ou morte súbita, mesmo em casos previamente assintomáticos^{1,2}.

Caso clínico

Descreve-se o caso de uma criança do sexo masculino, de quatro anos de idade, previamente saudável e assintomática. Recorreu ao Serviço de Urgência do hospital da área de residência por odinofagia, febre e tosse produtiva com três dias de evolução. Sem queixas de cansaço, astenia, palpitações, dispneia de esforço, ortopneia, ou episódios de lipotímia ou síncope.

O exame clínico revelou, à auscultação cardiopulmonar, um sopro sistólico de baixa frequência, grau II/VI no bordo esquerdo do esterno. Não foram observadas outras alterações, nomeadamente ruídos adventícios pulmonares, sinais vitais

anormais, ingurgitação jugular ou refluxo hepatojugular. Perante a suspeita de infecção respiratória fez radiografia torácica que revelou um índice cardiorácico aumentado (62%), com cardiomegália à custa das cavidades esquerdas, sem alterações pulmonares, pelo que foi referenciado nosso Serviço para observação.

Os testes laboratoriais não revelaram alterações (hemograma, bioquímica, coagulação e marcadores tumorais). O electrocardiograma (ECG) de 12 derivações evidenciou ritmo sinusal com desvio esquerdo do eixo do complexo QRS e hemibloqueio anterior esquerdo. O ecocardiograma transtorácico mostrou uma grande massa heterogénea no ventrículo esquerdo, emergindo da sua parede livre (Figura 1). Apesar das suas dimensões, a massa não causava obstrução da câmara de saída do ventrículo esquerdo, nem disfunção valvular mitral. Não foram evidentes outras alterações no ecocardiograma.

Para melhor caracterizar a massa ventricular efectuou-se uma ressonância magnética cardíaca, que confirmou a presença de uma formação única e volumosa de aspecto sólido, na dependência da parede superior do ventrículo esquerdo fazendo discreta proclividade sobre a câmara de saída (Figura 2). A massa, com dimensões de 5,5 × 4,5 cm, revelou sinal homogéneo em todas as sequências incluindo no estudo tardio pós-contraste. Com base nestas características, foi considerada a probabilidade de se tratar de um fibroma miocárdico.

Em consultas de seguimento verificaram-se lipotimias em repouso. Fez ECG seriados e Holter de 24 horas ambos sem arritmias ventriculares ou sinais de isquémia miocárdica. Foi

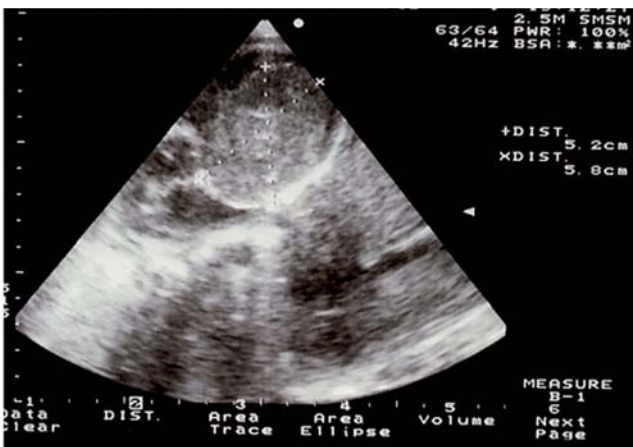


Figura 1 Ecocardiograma transtorácico (incidência de quatro câmaras): volumosa massa heterogénea no ventrículo esquerdo, na dependência da parede livre.

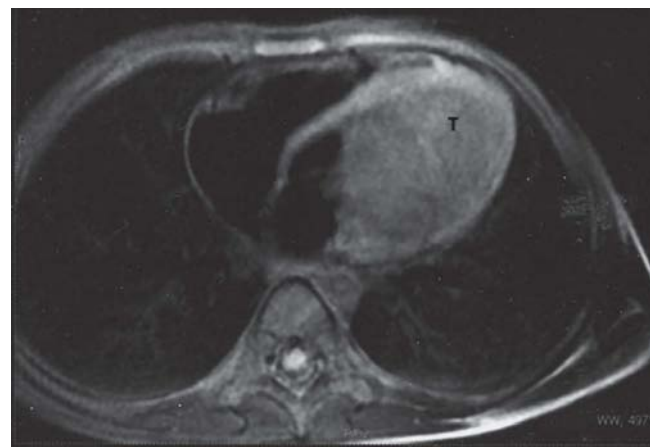


Figura 2 Ressonância magnética cardíaca: tumoração volumosa (T) hiperdensa e com sinal homogéneo, medindo 5,5 × 4,5 cm, distinta do miocárdio e emergindo da parede livre do ventrículo esquerdo.

submetido a terapêutica cirúrgica num centro de referência estrangeiro, com abordagem por ventriculotomia esquerda (pericardiotomia e miocardiectomia com preservação do endocárdio), sendo possível a excisão macroscópica completa, que decorreu sem intercorrências.

O ecocardiograma no pós-operatório revelou excelente função, sem obstáculos da câmara de saída do ventrículo esquerdo.

Teve alta hospitalar ao 7º dia de pós-operatório. O estudo histológico confirmou tratar-se de um fibroma. No seguimento em consulta mantém-se assintomático e o ecocardiograma mostra uma pequena discinesia da parede ventricular no local da remoção do tumor, sem sinais de recidiva da massa.

Discussão

Os tumores cardíacos, quer primários, quer secundários, são muito raros na população pediátrica. A sua incidência varia entre 0,001% e 0,003%³ e a distribuição é semelhante para ambos os sexos. Ao contrário da população adulta, o tipo histológico mais frequente é o rabiomioma, que representa 60% dos tumores cardíacos primários benignos em crianças até aos 12 meses. Em crianças com idades compreendidas entre um e 15 anos de idade, o rabiomioma representa 41% dos tumores cardíacos benignos e o fibroma 14%¹⁻³. O fibroma ocorre geralmente no ventrículo esquerdo, como uma lesão única de dimensões variáveis, podendo apresentar calcificações e zonas de necrose intratumoral.

Atendendo à inespecificidade dos sintomas, muitos diagnósticos são achados ecocardiográficos, tal como no caso apresentado⁴⁻⁶. A ressonância magnética cardíaca permite a caracterização morfológica de determinados tumores cardíacos, como os fibromas e mixomas, bem como

a avaliação da sua extensão miocárdica, envolvimento pericárdico e extensão extra-cardíaca⁷.

A terapêutica cirúrgica está indicada na presença de arritmias ventriculares refractárias à terapêutica médica, obstrução das câmaras de entrada e/ou saída ou insuficiência cardíaca. Quando a ressecção cirúrgica não é possível, o transplante cardíaco é uma opção terapêutica a considerar.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Andrés AS, Albert BS, Moreno JI, et al. Tumores cardíacos primarios en la infancia. *An Pediatr (Barc)* 2008;69:15-221.
2. Burke A, Virmani R. Pediatric heart tumors. *Cardiovasc Pathol*. 2008;17:193-8.
3. Cardiac tumors. Em: Park MK, editor. *Pediatric cardiology for practitioners*. Filadélfia: Mosby, Inc; 2007. p. 402-6.
4. Rodrigues D, Sá e Melo S, Loureiro M, et al. Tumores cardíacos em idade pediátrica. A propósito de dois casos clínicos. *Rev Port Cardiol*. 2005;24:1509-15.
5. Mariano A, Pita A, León R, et al. Tumores cardíacos primários na idade pediátrica: experiência de 16 anos. *Rev Port Cardiol*. 2009;28:279-88.
6. Paramés F, Freitas I, Martins J, et al. Tumores cardíacos. Experiência de 17 anos num Serviço de Cardiologia Pediátrica. *Rev Port Cardiol*. 2009;28:929-40.
7. Kiaffas MG, Powell AJ, Geva T. Magnetic resonance imaging evaluation of cardiac tumor characteristics in infants and children. *Am J Cardiol*. 2002;89:1229-33.