

Um Achado Raro: Caso de Angioma Cardíaco em Paciente Adulto

A Rare Encounter: Case of Cardiac Angioma in an Adult Patient

Inês Conde,¹ Rodrigo Silva,¹ Nuno Antunes,¹ Vitor Hugo Pereira,¹ Catarina Quina-Rodrigues¹

Hospital de Braga,¹ Braga – Portugal

Introdução

As massas cardíacas abrangem um amplo espectro de etiologias, incluindo tumores primários, tanto benignos quanto malignos, tumores metastáticos e lesões não neoplásicas.^{1,2} O diagnóstico diferencial das massas cardíacas é desafiador devido à sobreposição de apresentações clínicas, características de imagem diversificada, heterogeneidade entre diferentes tipos de massa, experiência clínica limitada e raridade de algumas dessas condições.^{1,2} O presente caso clínico apresenta um cenário intrigante envolvendo uma massa cardíaca, que destaca as complexidades no seu diagnóstico e manejo.

Apresentação do caso

Paciente do sexo feminino, 60 anos de idade, com histórico de diabetes tipo 2 e dislipidemia, foi encaminhada ao Ambulatório de Cardiologia devido a quadro de dor torácica opressiva e não relacionada a esforços nos últimos meses. Ela não apresentava outras queixas, como dispneia, edema periférico, síncope, palpitações, febre, perda de peso ou fadiga. Seu exame físico era normal. O eletrocardiograma (Figura 1) apresentava ritmo sinusal, sem alterações significativas. O exame de sangue mostrou hemoglobina, função renal e tireoidiana normais. O ecocardiograma transtorácico (Figura 2) revelou câmaras cardíacas de tamanho normal, espessura da parede ventricular normal e função sistólica biventricular preservada. No átrio direito, foi identificada uma massa arredondada, ecogênica e móvel, de etiologia incerta, aparentemente oriunda da válvula de Eustáquio, medindo aproximadamente 6 mm de diâmetro. Diante dessa constatação, novos testes foram solicitados. O ecocardiograma transesofágico (Figura 3) mostrou, ao nível da veia cava inferior, grande massa arredondada (25x32 mm), pediculada, com bordas bem definidas e aspecto capsulado (bordas ecogênicas com interior sólido aparentemente hipoeecogênico, comparado às paredes cardíacas). A ressonância magnética cardíaca (RMC; Figura 4) confirmou a presença de massa

móvel, bem delimitada, com 28x15x25 mm de tamanho, aparentemente oriunda da porção inferior da face direita do septo interatrial. A referida massa era isointensa em T1, isointensa em T2, sem perfusão nas imagens de primeira passagem e sem realce precoce ou tardio. Apesar da ausência de hipersinal nas imagens ponderadas em T2, esses achados poderiam ser compatíveis com o diagnóstico de mixoma, mas não foi possível estabelecer um diagnóstico definitivo. Após discussão multidisciplinar, o paciente foi encaminhado para excisão cirúrgica da massa. A ressecção cirúrgica foi bem-sucedida e o pós-operatório transcorreu sem complicações. A análise histopatológica do tecido removido permitiu o diagnóstico definitivo de angioma cardíaco (Figura 5).

Discussão

O diagnóstico diferencial das massas cardíacas apresenta desafios significativos devido à diversidade de patologias que podem acometer o coração.^{1,2} Sintomas comuns incluem dor torácica, palpitações, dispneia e sinais de insuficiência cardíaca. No entanto, alguns pacientes podem permanecer assintomáticos e a massa pode ser descoberta incidentalmente durante exames de imagem cardíacos solicitados por outros motivos.¹

A diferenciação entre massas benignas e malignas, bem como a identificação de tipos específicos de tumores, é fundamental para o manejo adequado e obtenção de resultados satisfatórios para o paciente.^{2,3} Embora as técnicas de imagem, como ecocardiografia, RMC e tomografia computadorizada, desempenhem um papel crucial na avaliação inicial das massas cardíacas, elas podem nem sempre garantir uma diferenciação definitiva entre lesões benignas e malignas, ou tipos específicos de tumores.^{4,5} A análise histopatológica de uma amostra de tecido, obtida por meio de ressecção cirúrgica ou biópsia, desempenha um papel central na obtenção de um diagnóstico preciso, orientando as decisões de tratamento e otimizando o atendimento ao paciente.^{6,7}

O angioma cardíaco, também conhecido como hemangioma cardíaco, é um tumor benigno raro que se origina nos vasos sanguíneos do coração.⁸ Este tumor cresce lentamente e frequentemente regride espontaneamente durante a infância.⁸ A prevalência exata e a distribuição etária dos angiomas cardíacos não estão bem estabelecidas devido à sua raridade e à limitação dos dados disponíveis. Contudo, diversos estudos e relatos de casos observaram maior incidência em crianças e lactentes. Devido à sua raridade, existem poucos estudos disponíveis com foco específico em casos na população adulta.⁸⁻¹⁰

Este tumor vascular raro pode ocorrer em qualquer camada do coração, incluindo endocárdio, miocárdio

Palavras-chave

Hemangioma; Ecocardiografia; Técnicas de Imagem Cardíaca

Correspondência: Inês Conde •

Hospital de Braga – R. das Comunidades Lusíadas, 133. 4710-243, Braga – Portugal

E-mail: inescmconde@gmail.com

Artigo recebido em 05/03/2024, revisado em 23/05/2024,

aceito em 12/06/2024

Editor responsável pela revisão: Gláucia Maria Moraes de Oliveira

DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20240150>

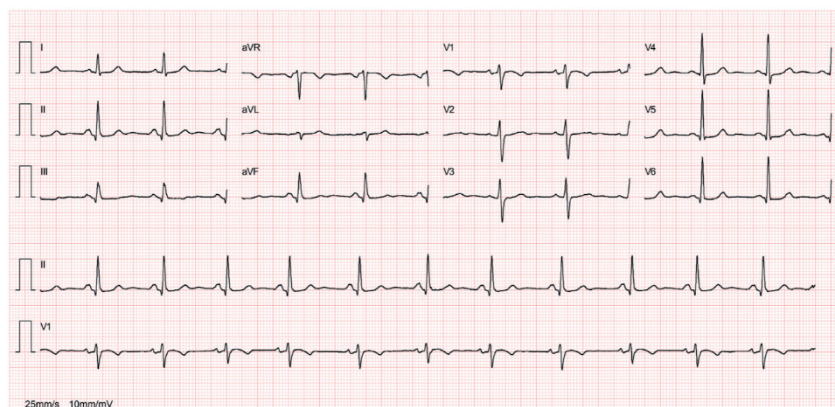


Figura 1 – Eletrocardiograma mostrando ritmo sinusal sem alterações significativas.

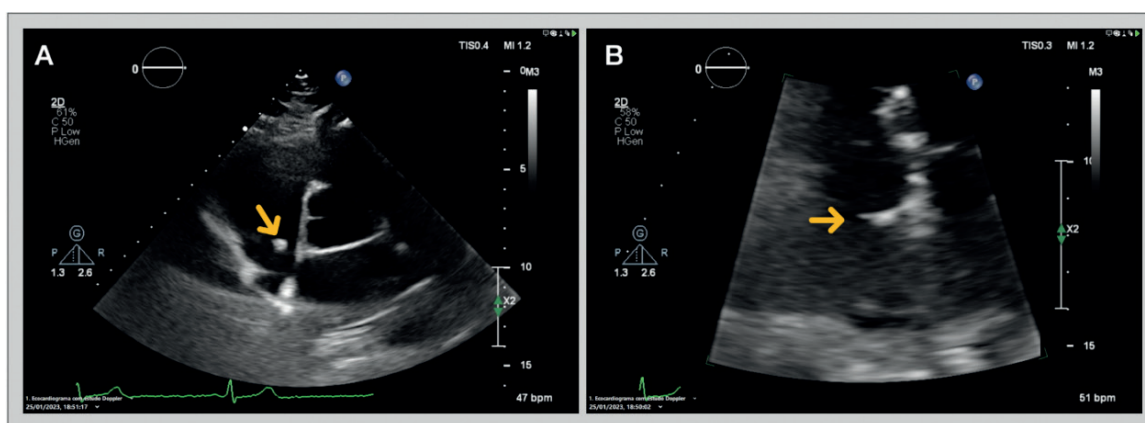


Figura 2 – Ecocardiograma transtorácico PSAX ao nível da valva aórtica (A) e apical 4 câmaras (B; ampliado), evidenciando massa arredondada na aurícula direita, ecogênica, móvel, de etiologia duvidosa, com cerca de 6 mm de diâmetro, em possível relação com a válvula de Eustáquio.

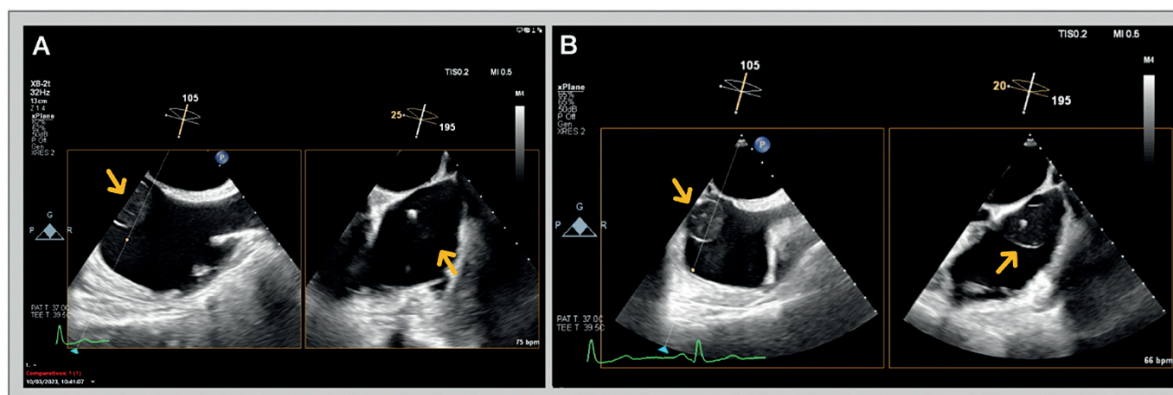


Figura 3 – Ecocardiograma transesofágico, corte médio esofágico bicaval e plano X (A) e (B), evidenciando, ao nível da saída da veia cava inferior, volumosa massa arredondada (25x32 mm), pediculada, com limites bem definidos e aspecto capsulado (bordas ecogênicas com interior sólido aparentemente hipocogênico em relação às paredes cardíacas).

Relato de Caso

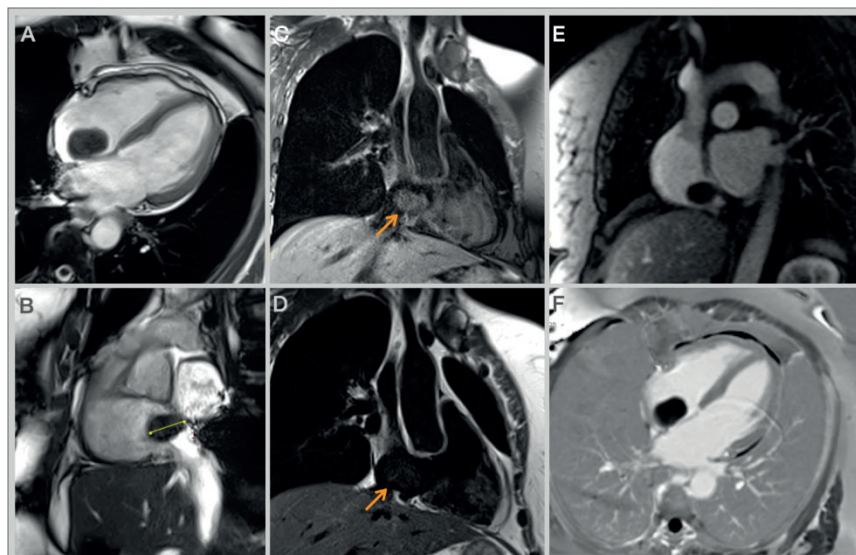


Figura 4 – Ressonância magnética cardíaca revelando massa móvel na aurícula direita, bem delimitada (A), com 28 x 15 x 25 mm (B) de tamanho, aparentemente oriunda da porção inferior do septo interatrial. A referida massa era isointensa em T1 (C), isointensa em T2 (D), sem perfusão nas imagens de primeira passagem (E) e sem realce precoce ou tardio (F).

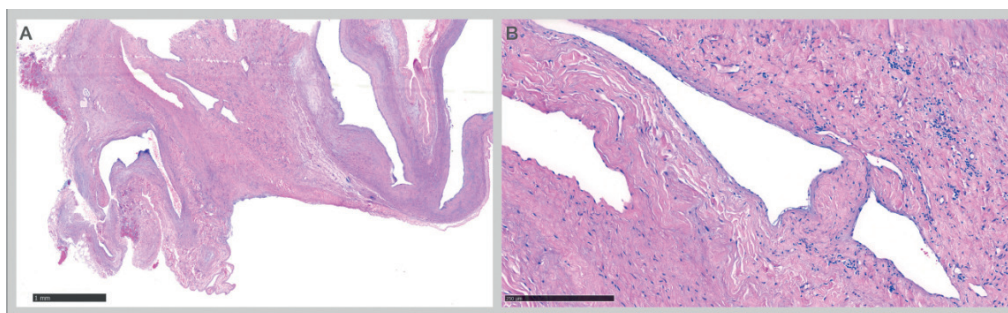


Figura 5 – Análise histopatológica do tecido removido, estabelecendo o diagnóstico de angioma cardíaco: (A) Lesão angiomatosa de vasos ectásicos; o miocárdio pode ser visto na periferia. (B) Vasos revestidos por células endoteliais sem atipias.

ou pericárdio. Embora se pensasse anteriormente que o átrio esquerdo era o local predominante para este tumor, evidências recentes indicam que não há predileção por câmara específica.⁹

Na RMC, os angiomas cardíacos geralmente aparecem como massas heterogêneas com intensidade de sinal moderada a alta nas imagens ponderadas em T1 e alto sinal difuso nas imagens ponderadas em T2. O agente de contraste geralmente é absorvido de forma desigual, com realce significativo durante a fase arterial, resultando em alta intensidade de sinal e realce prolongado.¹¹ No caso apresentado aqui, os achados da RMC foram discordantes daqueles geralmente descritos nesse tipo de tumor. Considerando a idade avançada do nosso paciente, pode-se sugerir que esta massa seja um angioma antigo, que gradualmente perdeu vascularização, o que explicaria a ausência de hipersinal nas imagens ponderadas em T2 e a falta

de perfusão nas imagens de primeira passagem. Além disso, a localização da massa favorecia mais a hipótese de mixoma em comparação com outros tumores, sendo nossa principal suspeita antes da excisão e dos resultados patológicos, mesmo sem hipersinal evidente nas imagens ponderadas em T2.

O manejo de pacientes requer uma abordagem multidisciplinar, frequentemente envolvendo cardiologistas, cirurgiões cardiotorácicos, radiologistas e patologistas. A experiência conjunta desses profissionais facilita decisões de tratamento bem fundamentadas, o planejamento da intervenção cirúrgica e garante cuidado integral ao paciente. A ressecção cirúrgica é a principal modalidade de tratamento para angiomas cardíacos. O objetivo da cirurgia é conseguir a excisão completa do tumor, preservando a função cardíaca.¹⁰ A técnica cirúrgica e a abordagem dependem da localização, tamanho e extensão do angioma no coração.¹⁰

Os angiomas cardíacos são tipicamente considerados tumores benignos, que geralmente apresentam prognóstico mais favorável em comparação com os tumores malignos.^{8,9} A extensão da ressecção cirúrgica desempenha um papel fundamental no prognóstico dos angiomas cardíacos.⁸⁻¹⁰ A remoção completa do tumor normalmente está associada a um melhor prognóstico, já que elimina o risco de recorrência e reduz o potencial de complicações.^{9,10} A ressecção incompleta ou tumor residual pode aumentar a probabilidade de recorrência ou exigir intervenções adicionais.

Após a remoção cirúrgica de angiomas cardíacos, é crucial realizar acompanhamento e vigilância regulares, incluindo avaliações periódicas por imagem para monitorar sinais de recorrência ou presença residual da doença, avaliar a função cardíaca e detectar possíveis complicações. A frequência e a duração do acompanhamento podem variar dependendo de características individuais do paciente e do tumor.⁹

É importante observar que, devido ao número limitado de casos e à raridade dos angiomas cardíacos, prever o prognóstico para um paciente individual pode ser desafiador. O prognóstico é influenciado por diversos fatores, como as características do tumor, o sucesso da remoção cirúrgica e a ausência de complicações. Assim, um monitoramento rigoroso, acompanhamento regular e cuidados multidisciplinares envolvendo cardiologistas, cirurgiões cardiotorácicos e patologistas são essenciais para garantir o manejo ideal e os resultados de longo prazo para pacientes com angiomas cardíacos.^{7,9}

Conclusão

Devido à sua raridade, as massas cardíacas frequentemente representam um desafio diagnóstico na prática clínica. Embora as técnicas de imagem sejam fundamentais para o diagnóstico

de massas cardíacas, elas nem sempre proporcionam uma diferenciação definitiva entre lesões benignas e malignas ou tipos específicos de tumores. Muitas vezes, a única forma de estabelecer definitivamente um diagnóstico é por meio de análise histopatológica de uma amostra de tecido. Diagnóstico definitivo como implicação importante no manejo e prognóstico do paciente.

Contribuição dos autores

Análise e interpretação dos dados: Conde I, Silva R; Redação do manuscrito e Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo: Conde I, Silva R, Antunes N, Pereira V, Quina C.

Potencial conflito de interesse

Não há conflito com o presente artigo

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Aprovação Ética e Consentimento Informado

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Braga sob o número de protocolo 200-2024. Todos os procedimentos envolvidos nesse estudo estão de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, atualizada em 2013. O consentimento informado foi obtido de todos os participantes incluídos no estudo.

Referências

1. Tyebally S, Chen D, Bhattacharyya S, Mughrabi A, Hussain Z, Manisty C, et al. Cardiac Tumors: JACC CardioOncology State-of-the-Art Review. *JACC CardioOncol.* 2020;2(2):293-311. doi: 10.1016/j.jacc.2020.05.009.
2. Bussani R, Castrichini M, Restivo L, Fabris E, Porcari A, Ferro F, et al. Cardiac Tumors: Diagnosis, Prognosis, and Treatment. *Curr Cardiol Rep.* 2020;22(12):169. doi: 10.1007/s11886-020-01420-z.
3. Joshi M, Kumar S, Noshirwani A, Harky A. The Current Management of Cardiac Tumours: A Comprehensive Literature Review. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2020;35(5):770-80. doi: 10.21470/1678-9741-2019-0199.
4. Aggeli C, Dimitroglou Y, Raftopoulos L, Sarri G, Mavrogeni S, Wong J, et al. Cardiac Masses: The Role of Cardiovascular Imaging in the Differential Diagnosis. *Diagnostics.* 2020;10(12):1088. doi: 10.3390/diagnostics10121088.
5. Paolisso P, Foà A, Bergamaschi L, Graziosi M, Rinaldi A, Magnani I, et al. Echocardiographic Markers in the Diagnosis of Cardiac Masses. *J Am Soc Echocardiogr.* 2023;36(5):464-73. doi: 10.1016/j.echo.2022.12.022.
6. Taşdemir A, Tuncay A, Karaman H, Canoz O, Aşık R, Özmen R, et al. Cardiac Masses: Pathological and Surgical Features - A Multicenter Study. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2021;36(5):656-62. doi: 10.21470/1678-9741-2020-0225.
7. Isobe S, Murohara T. Editorial: Cardiac Tumors: Histopathological Aspects and Assessments with Cardiac Noninvasive Imaging. *J Cardiol Cases.* 2015;12(2):37-8. doi: 10.1016/j.jccase.2015.04.008.
8. Hong SY, Park KT, Lee YH, Cho KH, Seo JS, Han IY. Cardiac Hemangioma: A Case Report. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2014;47(2):149-51. doi: 10.5090/kjtc.2014.47.2.149.
9. Miao H, Yang W, Zhou M, Zhu Q, Jiang Z. Atrial Hemangioma: A Case Report and Review of the Literature. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2019;25(2):71-81. doi: 10.5761/atcs.ra.18-00207.
10. Li W, Teng P, Xu H, Ma L, Ni Y. Cardiac Hemangioma: A Comprehensive Analysis of 200 Cases. *Ann Thorac Surg.* 2015;99(6):2246-52. doi: 10.1016/j.athoracsur.2015.02.064.
11. Li X, Chen Y, Liu J, Xu L, Li Y, Liu D, et al. Cardiac Magnetic Resonance Imaging of Primary Cardiac Tumors. *Quant Imaging Med Surg.* 2020;10(1):294-313. doi: 10.21037/qims.2019.11.13.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença de atribuição pelo Creative Commons