

Linfoma Cardíaco: Uma Causa Rara de Insuficiência Cardíaca Aguda com Fisiologia Restritiva

Cardiac Lymphoma: A Rare Cause of Acute Heart Failure with Restrictive Physiology

Fernando Garagoli, Ezequiel Guzzetti, Ezequiel Lillo, Luciano Lucas, César Belziti

Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires – Argentina

Uma mulher de 74 anos com história de glomerulonefrite membranosa e diagnóstico recente de adenopatia mediastinal foi admitida no departamento de emergência com insuficiência cardíaca aguda. Ela se queixou de dispnéia progressiva e fraqueza na última semana. O exame físico revelou hipotensão arterial, taquipneia, distensão da veia jugular e dessaturação. Os achados laboratoriais mais relevantes foram: anemia, linfocitopenia, acidose láctica e aumento da lactato desidrogenase. Um eletrocardiograma mostrou fibrilação atrial rápida e complexos QRS de baixa voltagem. Um ecocardiograma revelou derrame pericárdico grave e espessamento difuso e heterogêneo das paredes ventriculares e atriais. A paciente necessitou de ventilação mecânica e suporte inotrópico. Foi realizada pericardiocentese terapêutica sem melhora clínica. A ressonância magnética cardiovascular (RMC) mostrou movimento septal anormal (compatível com fisiologia restritiva) e uma massa heterogênea e isointensa ao redor das paredes ventriculares e atriais com realce miocárdico tardio pelo gadolínio e realce discreto do tumor (Figura 1), compatível com linfoma cardíaco primário. O diagnóstico de

linfoma de grandes células B foi confirmado por citometria de fluxo do líquido pericárdico. A paciente foi a óbito antes de iniciar tratamento quimioterápico.

O envolvimento secundário do miocárdio em pacientes com linfoma sistêmico é relativamente frequente (cerca de 30% em linfoma não Hodgkin disseminado), enquanto o linfoma cardíaco primário é raro (1-2%). Apresentamos um caso de insuficiência cardíaca aguda com fisiologia restritiva secundária a linfoma cardíaco. Em nossa experiência, a RMC foi fundamental para o diagnóstico final.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Garagoli F, Guzzetti E, Lillo E, Lucas L, Belziti C; Obtenção de dados: Garagoli F, Guzzetti E, Lillo E; Análise e interpretação dos dados: Garagoli F, Guzzetti E, Lucas L; Análise estatística: Garagoli F, Guzzetti E, Belziti C; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Lucas L, Belziti C.

Potencial conflito de interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação acadêmica

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

Palavras-chave

Doenças Cardiovasculares; Linfoma; Insuficiência Cardíaca / fisiopatologia; Imagem por Ressonância Magnética.

Correspondência: Fernando Garagoli •

Peron 4190, C1183AEG, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires – Argentina

E-mail: fernando.garagoli@hospitalitaliano.org.ar

Artigo recebido em 13/03/2017, revisado em 12/04/2017, aceito em 12/04/2017

DOI: 10.5935/abc.20180015

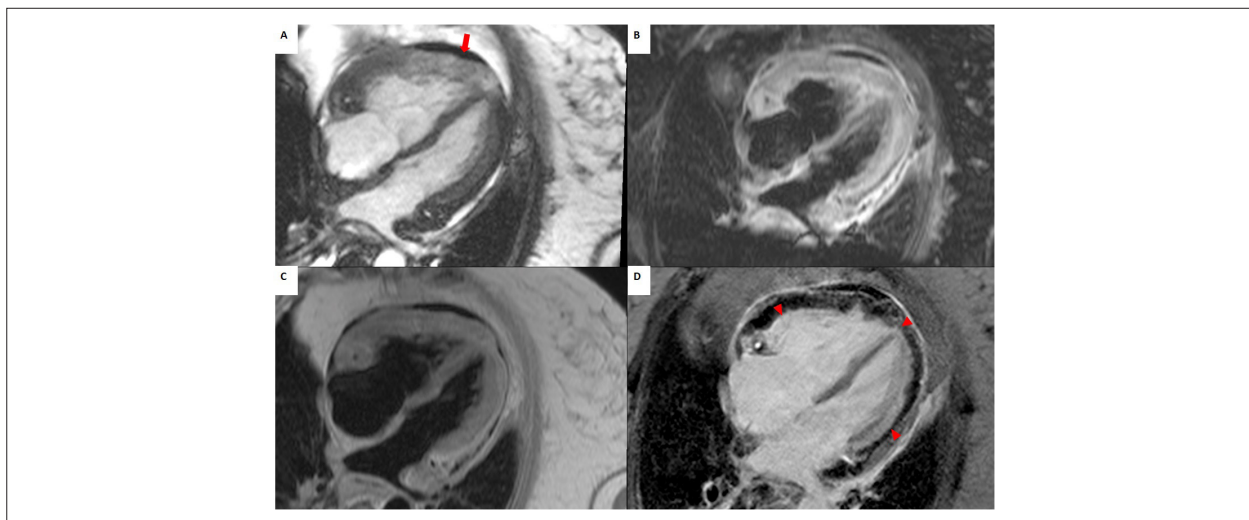


Figura 1 – A) Cine imagens obtidas por precessão livre no estado estacionário (steady-state free precession, SSFP) mostrando uma massa miocárdica mal definida e heterogênea envolvendo todas as câmaras cardíacas, especialmente a parede do ventrículo direito e sulco atrioventricular direito, bem como derrame pericárdico moderado (seta sólida). B) ressonância magnética ponderada em T2 mostrando realce da massa, compatível com edema. C) sequência ponderada em T1 mostrando isointensidade da massa heterogênea. D) inversão-recuperação ponderada em T1 mostrando realce miocárdico tardio pelo gadolínio (compatível com fibrose miocárdica) e realce discreto da massa, marcando o limite entre o miocárdio e tumor (pontas de setas).

