

Caso 5/2013 - Menino de 4 Anos de Idade com Tumor Cardíaco do Tipo Rbdomioma em Ambos os Ventrículos e com Taquicardias Ventriculares Repetidas

Case 5/2013 - A Four-Year-Old Boy with a Rhabdomyoma-Type Cardiac Tumor in Both Ventricles and Repeated Ventricular Tachycardia

Edmar Atik

Clínica privada do Dr. Edmar Atik, São Paulo, SP – Brasil

Dados clínicos: Radiografia de tórax realizada em vigência de infecção de vias aéreas superiores com 5 meses de idade, estabeleceu suspeita de cardiopatia em face de deformidade evidenciada no arco ventricular. A ecocardiograma confirmou, na época, a presença de duas massas tumorais nos dois ventrículos. Episódios de taquicardia paroxística ventricular, com frequência cardíaca em torno de 200 bpm, acompanhados de sudorese e palidez, todos revertidos após cardioversão elétrica, se iniciaram com 9 meses de idade e se repetiram por mais cinco vezes, apesar do uso sistemático de medicação antiarrítmica constituída por propranolol e amiodarona.

Exame físico: Ativo, eupneico, corado, pulsos normais. Peso: 17 kg. Altura: 97 cm. PA: 90/52-61 mmHg. FC: 100 bpm. A aorta não era palpada na fúrcula.

No precórdio não havia deformidades, o *ictus cordis* não era palpado e não havia impulsões sistólicas. As bulhas cardíacas eram normofonéticas e não se auscultava sopro cardíaco. O fígado não era palpado.

Exames complementares

Eletrocardiograma (Figura 1) mostrava ritmo sinusal e sinais de sobrecarga do ventrículo esquerdo. Havia complexo QR em aVL com onda T negativa nessa derivação e isoeletrica em D1, caracterizando o diagnóstico de isquemia elétrica de parede lateral alta. AP: +60°. AQRS: +80°. AT: +90°. Durante a crise de taquicardia, o ECG exibiu bloqueio completo do ramo direito, com frequência ventricular de 210 bpm.

Radiografia de tórax mostrou área cardíaca e trama vascular pulmonar normais, deformidade por abaulamento discreto e localizado no meio do arco ventricular esquerdo (Figura 1).

Palavras-chave

Neoplasias Cardíacas; Rbdomioma; Taquicardia Ventricular.

Correspondência: Edmar Atik •
Rua Dona Adma Jafet 74 , cj 73 01308-050 São Paulo, SP - Brasil
E-mail: conatik@incor.usp.br

DOI: 10.5935/abc.20130193

Ecocardiograma (Figura 2) mostrou duas imagens homogêneas e ecodensas, com contornos bem definidos e arredondados. A menor estava na parede livre do ventrículo direito, com diâmetros de 39 × 21 mm e área de 6,9 cm², e a maior, na parede anterior do ventrículo esquerdo, com 51 × 37 mm e área de 12,5 cm². Ambas as massas apresentavam plano de clivagem com as paredes ventriculares contíguas e não provocavam obstrução nas vias de entrada e de saída dos ventrículos. A função biventricular era normal.

Tomografia torácica da aorta (Figura 2) salienta o mesmo aspecto, mostrando a massa maior se pronunciando no ventrículo esquerdo, mas sem causar obstrução ao fluxo.

Diagnóstico clínico: Tumores cardíacos biventriculares sem obstrução ao fluxo de entrada e saída, sem insuficiência cardíaca, mas com taquicardia ventricular paroxística repetida. Os tumores foram categorizados como rbdomiomas pela multiplicidade de locais, plano de clivagem bem definido com o miocárdio e por não provocarem obstrução ao fluxo.

Raciocínio clínico: Os elementos clínicos eram compatíveis com a normalidade cardiovascular, exceto o eletrocardiograma e a radiografia de tórax, que, pela isquemia elétrica da parede lateral alta e a protuberância do arco ventricular, respectivamente, orientaram para a presença de “massa” correspondente à região descrita, presuntivamente no pericárdio, miocárdio ou endocárdio. Outros exames de imagem foram decisivos para o encontro da massa ventricular endocavitária que se projetava na parede anterolateral do ventrículo esquerdo, responsável pelas alterações descritas. A outra massa encontrada na parede livre do ventrículo direito era menor e sem expressão clínica.

Diagnóstico diferencial: Os sinais anômalos encontrados no eletrocardiograma e na radiografia de tórax também poderiam estar presentes em processos pericárdicos, como em cistos e tumores, ou mesmo miocárdicos, como em fibroma ou em outros tumores benignos.

Conduta: Em face da manifestação paroxística da arritmia cardíaca, de origem ventricular esquerda, do bloqueio do ramo direito encontrado no eletrocardiograma durante a crise de taquicardia, a dose dos antiarrítmicos foi aumentada. Em caso de não haver adequada resposta clínica, a extirpação

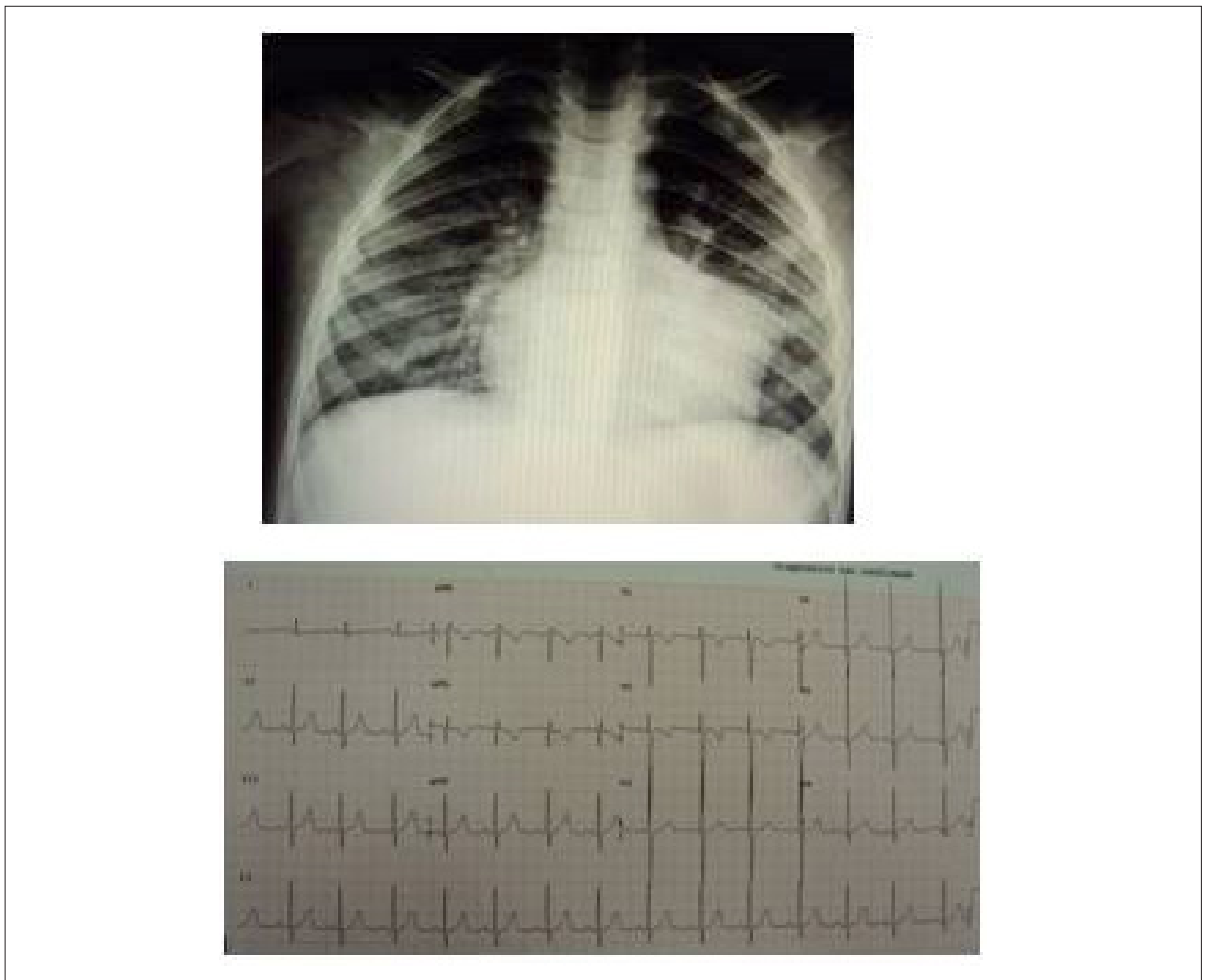


Figura 1 - O eletrocardiograma salienta a isquemia elétrica de parede lateral alta com alterações características em D1 e aVL. A radiografia de tórax mostra a protuberância no arco ventricular correspondente à massa endocavitária ventricular esquerda.

cirúrgica do tumor passa a ser prioritária, em vista do que o estudo eletrofisiológico foi incapaz da demonstração de possíveis focos de arritmia.

Comentários: A exteriorização clínica dos tumores benignos do coração se faz habitualmente por insuficiência cardíaca, arritmias supraventriculares e ventriculares, e também por eventos súbitos como síncope, baixo débito cardíaco, acompanhados ou não por sintomas cerebrais. A descoberta dos mesmos por vezes se expressa de rotina em vigência de infecção, convulsão ou desmaio. No caso em estudo, a radiografia de tórax foi o primeiro exame de suspeita diagnóstica em face do abaulamento do arco ventricular. O eletrocardiograma através da isquemia

elétrica pode caracterizar o local exato da alteração, e as imagens diagnósticas, o ecocardiograma e a RMN confirmaram o diagnóstico. As arritmias em geral hoje podem ser mais bem tratadas através de medicamentos mais adequados, pela ablação após constatação do mecanismo eletrofisiológico responsável e até por ressecção cirúrgica da massa tumoral causadora. Todas essas alternativas são válidas e adequadas. A conduta mais conservadora, como a do uso de medicação antiarrítmica, se posiciona como a primeira delas. No decurso do tempo é possível que as outras etapas sejam necessárias para o controle clínico da arritmia ventricular.

Correlação Clínico-radiográfica

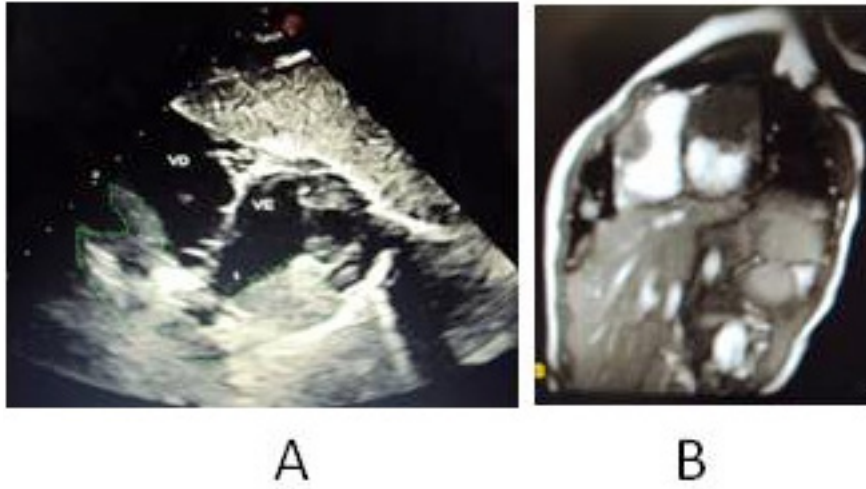


Figura 2 - Ecocardiograma, em corte transversal, salienta os elementos diagnósticos da massa endocavitária biventricular sem causar obstrução ao fluxo (A). A tomografia mostra o tumor preenchendo mais a cavidade ventricular esquerda que a direita (B).