

III SEMANA DO CONHECIMENTO

Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

() Resumo

(X) Relato de Caso

TUMORES CARDÍACOS PRIMÁRIOS: FIBROELASTOMA PAPILAR ASSOCIADO A COMUNICAÇÃO INTERVENTRICULAR.

AUTOR PRINCIPAL: Vinícius Felipe Czaplá.

CO-AUTORES: Luis Sergio de Moura Fragomeni.

ORIENTADOR: Milena Pozzato Rodrigues.

UNIVERSIDADE: Universidade de Passo Fundo.

INTRODUÇÃO:

Os tumores cardíacos primários constituem um grupo muito incomum de neoplasia detendo uma prevalência de 0,0017% a 0,028% em series de necropsias. Conforme sua origem, podem ser classificados em primários (neoplasias benignas ou malignas originadas dentro das próprias câmaras cardíacas ou no miocárdio) ou secundários quando de origem metastática, os quais apresentam uma incidência 20 a 40 vezes maior quando comparados aos primários.

O fibroelastoma papilar (FEP), por sua vez, é o terceiro tumor primário mais comum, atrás dos mixomas e lipomas, apresentando uma prevalência de até 0,33% em séries de necropsias². Relatamos, por meio desse, um caso de FEP sésil e solitário de válvula aórtica associado a uma comunicação interventricular (CIV) perimenbranosa e sem histórico de embolização sistêmica.

DESENVOLVIMENTO:

Paciente do sexo masculino, 43 anos, com fadiga de longa data e intensificada aos esforços. Ao exame físico, detectava-se frêmito e sopro sistólico no mesocórdio.

O ecocardiograma evidenciou uma CIV parcialmente ocluída com orifício residual de 3,6 mm, e um nódulo ovalado discretamente móvel aderido à borda inferior da cúspide aórtica não coronariana medindo 8 x 6 x 5 mm de diâmetro.

O paciente foi submetido a intervenção cirúrgica com o uso de circulação extracorpórea (CEC). Através da aorta, o FEP foi identificado sob a cúspide não coronariana e foi excisado completamente, preservando-se intacta a cúspide. O CIV

III SEMANA DO CONHECIMENTO

27 DE OUTUBRO
2016

remanescente foi ocluído através de abordagem concomitante do átrio direito, sob o folheto septal da válvula tricúspide. A evolução pós operatória foi sem intercorrências. Até a década de 1950 os tumores cardíacos eram considerados raros. Entretanto, com a difusão dos métodos diagnósticos por imagem não invasivos (tomografia computadorizada, ecocardiograma e ressonância magnética) e o advento da CEC, ampliaram-se as possibilidades diagnósticas e de tratamento dessas patologias. Mesmo assim, o diagnóstico ainda segue sendo desafiador, ao passo em que os sintomas geralmente são inespecíficos e facilmente confundidos com outras doenças de maiores índices de prevalência.

No que diz respeito aos métodos diagnósticos, a ecocardiografia transtorácica é o método diagnóstico de escolha (sensibilidade e especificidade de 89% e 88%). Os FEP geralmente caracterizam-se como lesões arredondadas, ovais e bem demarcadas apresentando histologicamente uma única camada de células endoteliais em sua superfície. Geralmente são menores de 1 cm de diâmetro, sendo solitários em 91% dos casos.

Quanto a sua localização, em cerca de 90% dos casos há acometimento valvar, sendo a válvula aórtica a mais acometida (37% a 45%). Como a maior parte origina-se nas câmaras esquerdas (95%), a maior complicação é a embolização sistêmica, enquanto nos pacientes com tumores de válvula aórtica as manifestações mais comuns são a morte súbita e o infarto agudo do miocárdio.

Devido sua apresentação incomum, não existem dados suficientes que apoiem a anticoagulação para a prevenção de complicações embólicas, sendo a ressecção cirúrgica sempre indicada na vigência de sintomas e na prevenção de embolia sistêmica. FEP maiores que 1 cm devem ser obrigatoriamente ressecados pelo alto risco de embolização. A realização dessa intervenção dá-se visando a exérese total e procurando preservar o tecido e a função valvar. Com a excisão, os resultados de cura têm se mostrado excelentes e sem relatos de recidiva até o momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Percebe-se que o diagnóstico e o tratamento do FEP pode ser desafiador devido tanto a sua raridade, quanto as informações desses proverem basicamente de relatos de experiência sendo ainda escassas. Os conhecimentos, no que diz respeito ao tratamento conservador, também são insuficientes, podendo, no entanto, ser utilizado quando esses forem do tipo pequeno e fixo.

REFERÊNCIAS:

1. JATENE, Fábio \r. et al. Manual Acadêmico de Cirurgia Cardiovascular. São Paulo: Atheneu, 2014. 292 p.
2. MANN, Douglas L. et al. Braunwald Heart Disease. 10. ed. Philadelphia: Elsevier, 2015. 1945 p.
3. Fibroelastoma Papilífero. Experiência de uma Instituição
4. Karigyo CJT, Silva FBF. Tumores cardíacos: uma breve revisão da literatura. Rev. Med. Res., Curitiba, v.16, n.1, p. 27-34, jan./mar. 2014.

Universidade e comunidade
em transformação

III SEMANA DO CONTEÚMINTO

5. Sun JP, Asher CR, Yang XS et al. Clinical and echocardiographic characteristics of papillary fibroelastomas. *Circulation* 2001; 103: 2687-93.
6. Shahian DM, Labib SB, Chang G. Cardiac papillary fibroelastoma. *Ann Thorac Surg* 1995; 59: 538-41.

3 a 7 DE OUTUBRO
2016

NÚMERO DA APROVAÇÃO CEP OU CEUA (para trabalhos de pesquisa): Número da aprovação.

ANEXOS:

Poderá ser apresentada somente uma página com anexos (figuras e/ou tabelas), se necessário.