

O MANEJO DE LIPOMA CARDÍACO INFILTRATIVO EM PACIENTE JOVEM: UM RELATO DE CASO

HINTERHOLZ, C. L.; HOERBE, L. B.; LEMES J. G. R; GOTHE, M. A; OURIQUE, L. C.; LAMACHIA, F. C. – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e Hospital Santa Cruz ID: 584

INTRODUÇÃO: Lipomas cardíacos (LC) são neoplasias benignas encapsuladas que têm preferência pelo crescimento subendocárdico e incidência de 2,4% dos tumores cardíacos primários. Desenvolvem-se em qualquer região cardíaca e podem apresentar risco devido ao potencial de embolização. Em geral, são assintomáticos, mas podem gerar dor precordial, síncope e arritmias. Representam desafios clínicos significativos quando se infiltram em estruturas adjacentes.

MÉTODO: Paciente masculino, 24 anos, refere tontura, fraqueza, taquicardia e dor precordial há 5 anos com piora aos esforços. A ecocardiografia transtorácica revelou uma massa ecogênica com cerca de 8cm no átrio direito (AD), compatível com LC, aderida ao septo interatrial (SI), sem obstrução do fluxo diastólico trans tricúspide. O exame evidenciou dilatação de AD e insuficiências valvares mitral e tricúspide de grau mínimo. Após a esternotomia, em circulação extracorpórea (tempo de pinçamento aórtico de 88 minutos e tempo de perfusão de 114 minutos), o paciente foi submetido a atriotomia direita vertical, com extensas infiltrações em AD, progressão para cavas, SI e átrio esquerdo, sem plano de clivagem evidente, com tentativa de maior ressecção possível da massa. A reconstrução do SI e parede de AD foi realizada com patch de pericárdio bovino. Confirmou-se o diagnóstico por imuno-histoquímica, e o acompanhamento pós-operatório revelou lesão residual no SI e AD, além de discreta obstrução da veia cava superior.

DISCUSSÃO: Devido à quantidade restrita de relatos de caso e por sua baixa incidência, o tratamento do LC é individualizado, depende da morfologia, localização, grau de infiltração e clínica do paciente. LC assintomáticos não infiltrativos trata-se de modo conservador, com acompanhamento de exames de imagem periódicos; exceto LC de base estreita que indica-se ressecção radical para prevenir deslocamento. Em LC sintomáticos, volumosos ou invasivos, faz-se ressecção cirúrgica completa ou parcial, dependendo da área infiltrada. Em alguns casos, onde há grande acometimento do miocárdio, o tratamento de escolha pode ser o transplante. A recidiva do LC é ainda mais rara; nos relatos de caso, as causas observadas seriam: ressecções incompletas, implantação intraoperatória de partes do tumor e origem tumoral multilocalizada. A maior recorrência é observada na faixa etária mais jovem, com predisposição familiar.

CONCLUSÃO: A identificação do LC invasivo exige alta suspeita clínica e exames de imagem detalhados para definir a melhor terapêutica. Diante dos desafios cirúrgicos, da escassez literária e das incertezas sobre a ressecabilidade, a decisão entre tratamento conservador ou cirúrgico deve considerar, com cautela, riscos, benefícios e potencial de recidiva sempre em conjunto com o Heart Team.

