

AVC Numa Jovem de 34 Anos Sem Risco Cardiovascular Aparente

— Almeida Nunes* —

O objetivo desta rubrica é apresentar um caso cujo interesse seja eminentemente de índole prática, que possa ajudar na clínica do dia a dia. Não tanto pela sua raridade, mas mais por algo de singularidade que deva ser enfatizado. Não se pretende um caso académico mas bem antes, pelo suposto da denominação, um "flash" clínico. É ainda uma forma singela, mas sentida, de reeditar este conceito, havido no serviço de Medicina do Hospital de Santa Marta, em Lisboa, ao tempo do Dr. Carlos George, seu inesquecível Diretor Clínico à época.



Dr. Almeida Nunes

M.A.S., 34 anos recorre ao Serviço de Urgência do Hospital de S. José (Lisboa), por instalação súbita de disartria, diminuição da força muscular segmentar, de predomínio braquial, nos membros esquerdos, e sonolência. A tomografia computadorizada (TAC) crânio-encefálica confirmou tratar-se de acidente vascular cerebral (AVC) isquémico no território da artéria cerebral média, com transformação hemorrágica. O ECG mostrava um ritmo sinusal, sem alterações da condução aurículo-ventricular e sem alterações da repolarização ventricular. A pressão arterial registada foi de 128/77 mm Hg. A doente estava apirética. À auscultação cardíaca ouvia se um sopro sistólico grau II/III, mais audível na ponta. À auscultação pulmonar, murmúrio vesicular mantido sem ruídos adventícios. Analiticamente: hemograma com ligeira

leucocitose, PCR normal, glicémia, função renal, ionograma e calcémia normais.

Nos antecedentes pessoais, é mãe de duas filhas de 4 e 6 anos saudáveis, fuma socialmente, faz anovulatórios orais e nega ingestão de álcool ou outras toxicodependências. Nos antecedentes familiares, um irmão saudável, pai falecido por neoplasia da próstata e mãe com história de doença tiróideia não especificada. É internada pela Urgência com o diagnóstico de AVC hemorrágico.

Sem indicação para trombólise ou terapêutica anti-agregante plaquetária, é submetida a terapêutica de suporte.

Já em regime de internamento, repete imagiologia crânio-encefálica, confirmando o AVC agora com menor expressão hemorrágica.

O estudo da coagulação é normal, incluindo Proteína C e S e Antitrombina III. A serologia para Conectivites e Síndrome Fosfolipídico são negativas.

Triplex Scan carotídeo e vertebral normais, sem placas ou dissecções arteriais.

É pedido Ecocardiograma Transtorácico, que revela volumosa massa auricular esquerda compatível com Mixoma Auricular (Figura 1). O Ecocardiograma Transesofágico confirma a suspeição diagnóstica e a doente foi, algumas semanas depois, submetida a ressecção cirúrgica (Figura 2) cuja histologia confirmou a benignidade do tumor, constituído por células mixomatosas incrustradas num estroma rico em glicoproteínas.

A doente teve um pós-operatório sem complicações e tem recuperado progressivamente, com fisioterapia intensa e adequada, a força muscular segmentar dos membros esquerdos, registando se ainda uma discreta monoparésia braquial esquerda de predomínio distal.

Tem havido, como está descrito na literatura, alguma instabilidade eléctrica auricular, com episódios de arritmia ectópica supraventricular e um episódio de eventual fibrilhação auricular (FA), do qual não existe registo.

Os mixomas auriculares representam a maior parte dos tumores cardíacos primários. Têm origem nas células mesenquimatosas subendocárdicas. As apresentações clínicas são variáveis, sendo a sua localização na aurícula esquerda o mais habitual.

Constituem cerca de 75% dos tumores cardíacos submetidos a cirurgia, tem predilecção pelo sexo feminino, podendo ocorrer em qualquer idade, mas sendo mais comuns entre a terceira e sexta décadas da vida. Cerca de 90% são esporádicos e os restantes 10% serão de incidência familiar, com transmissão autossómica dominante.

As apresentações clínicas são variáveis, dependendo da localização, tamanho e mobilidade do tumor, podendo condicionar obstrução ao enchimento ventricular, fenómenos cardio-embólicos ou distúrbios constitucionais, como Síndrome Febril Indeterminado, com PCR elevada, e fenómeno de Raynaud, podendo evocar uma doença do colagénio.

* Especialista em Medicina Interna. Ex-Assistente Graduado do Hospital de Santa Marta, Lisboa. CLIMI, Lisboa.

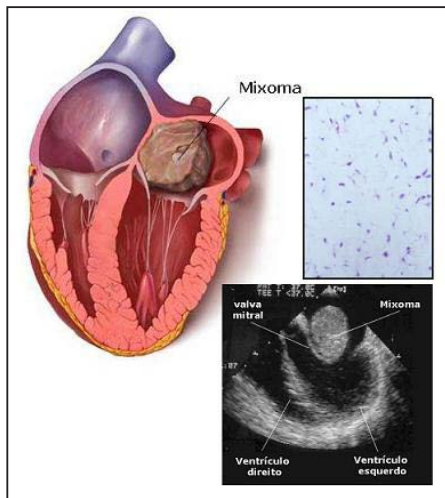


FIGURA 1 - Mixoma auricular: anatomia, histologia e aspecto ecocardiográfico.

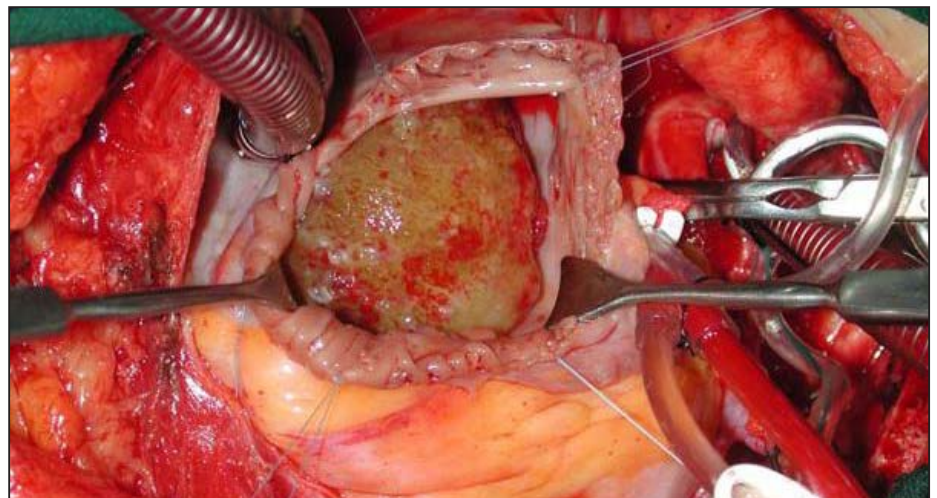
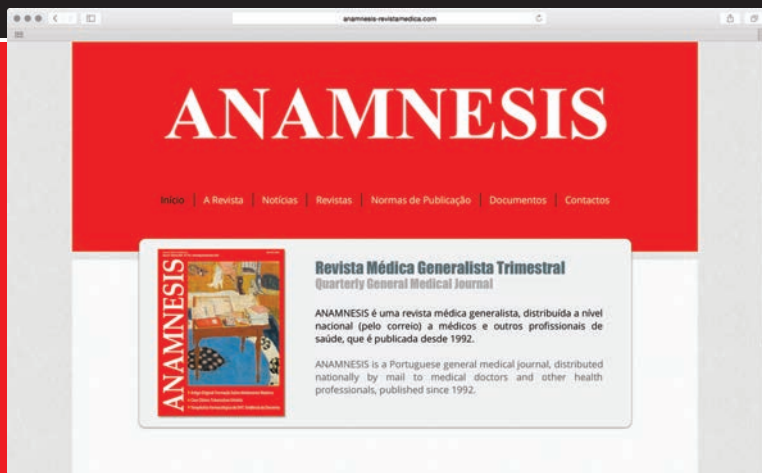


FIGURA 2 - Mixoma auricular: aspecto na intervenção cirúrgica.

Os sintomas e sinais obstrutivos, podem fazer evocar, por exemplo, doença mitral e ou estenose aórtica. Pode haver embolismo pulmonar,

se o mixoma tiver localização preferencial nas cavidades direitas. A TAC e a RM podem ser úteis pré-operatoriamente.

O AVC ocorre apenas em cerca de 1% das formas de apresentação do mixoma, daí o carácter didáctico deste caso clínico. ▲



**NOVO SITE
JÁ ONLINE**

www.anamnesis-revistamedica.com

No novo *site* de ANAMNESIS, inaugurado no dia 1 de Setembro de 2015 e acessível em <http://www.anamnesis-revistamedica.com>, estão agora disponíveis *online* todas as revistas publicadas desde 2012 até há 6 meses atrás.

O novo *site*, que já se encontra indexado no “Índex das Revistas Médicas Portuguesas”, tem como objetivo disponibilizar a todos os profissionais de saúde (nacionais e dos países de língua oficial portuguesa) acesso gratuito aos números publicados, 6 meses após a publicação da revista (contados a partir do último mês da sua data de capa). Os artigos de cada número, estão disponíveis, de acordo com a sua tipologia, para *download* imediato ou mediante solicitação por e-mail de uma senha de acesso. O *site* inclui as Normas de Publicação de ANAMNESIS e tem também uma secção de notícias, centrada na prática clínica nacional (com destaque para os avanços e as polémicas, a nível de diagnóstico e terapêutica). As pessoas que tentarem aceder através do *site* antigo serão re-encaminhadas para o novo *site*.