

# Cisto pericárdico volumoso em atleta

## *Massive pericardial cyst in an athlete*

Anderson Ferreira Leite<sup>1</sup>, Igor Ferreira Sales<sup>1</sup>

DOI: 10.5935/2238-3182.20140113

### RESUMO

Tumores e cistos do coração são raros. Este relato apresenta a evolução de cisto pericárdico com aspecto radiográfico atípico. O diagnóstico foi sugerido pelo ecocardiograma transesofágico e tomografia computadorizada de tórax e confirmado após toracotomia e estudo anatomopatológico em atleta com descompensação cardíaca significativa e remissão após intervenção cirúrgica.

**Palavras-chave:** Cisto Mediastínico; Insuficiência Cardíaca; Cirurgia Torácica.

<sup>1</sup> Médico. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

### ABSTRACT

*Tumors and cysts are rare in the heart. This report presents the evolution of a pericardial cyst with an atypical radiographic aspect. The diagnosis was suggested by a trans-esophageal echocardiography and chest CT scan and confirmed after thoracotomy and anatomopathological study in an athlete with significant cardiac decompensation and remission after surgery.*

*Key words:* Mediastinal Cyst; Heart Failure; Thoracic Surgery.

## INTRODUÇÃO

Os tumores e cistos do coração e pericárdio são raros.<sup>1</sup> São essencialmente congênitos, com incidência estimada em 1:100.000 e responsáveis por 6-7% das massas mediastinais.<sup>2,3</sup> Na maioria das vezes são assintomáticos e, geralmente, diagnosticados incidentalmente por meio de radiografia de tórax. Sua sintomatologia pode se apresentar como dispneia e dor torácica, além de complicações como tamponamento cardíaco, o que justifica a necessidade de diagnóstico rápido e abordagem adequada que impeçam a morte.

Este relato descreve um atleta saudável, com descompensação cardíaca devido à compressão de um grande cisto pericárdico e que foi submetido a tratamento cirúrgico.

## RELATO DE CASO

Homem de 40 anos de idade, fisiculturista, usuário de varfarina devido à trombose venosa profunda, procurou atendimento médico de urgência devido a dispneia progressiva e tosse seca associadas a pequenos esforços. Seu início ocorreu há três

Recebido em: 26/03/2012

Aprovado em: 08/05/2014

Instituição:

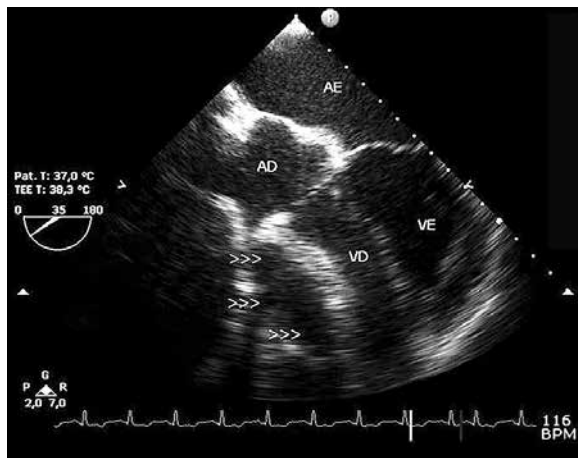
Hospital das Clínicas da UFMG  
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:

Anderson Ferreira Leite  
E-mail: anderson\_med125@yahoo.com.br

meses, tendo sido submetido ao estudo ecocardiográfico transtorácico sem elucidação diagnóstica. O exame mostrava sinais de congestão sistêmica e pulmonar, ingurgitamento jugular, crepitações no terço inferior de ambos os hemitóraces e hepatomegalia.

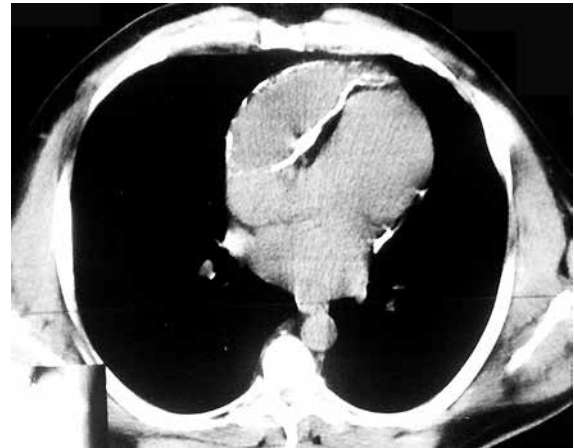
O ecocardiograma transesofágico (Figura 1) ressaltou compressão extrínseca das câmaras cardíacas direitas por formação cística volumosa e espessamento do pericárdio com repercussão hemodinâmica. A função e morfologia das câmaras esquerdas eram levemente reduzidas e sem alterações significativas nas valvas cardíacas. A tomografia de tórax com uso de contraste venoso (Figura 2) revelou coleção líquida de grande dimensão com bordas calcificadas entre o esterno e o ventrículo direito, comprimindo as estruturas cardíacas.



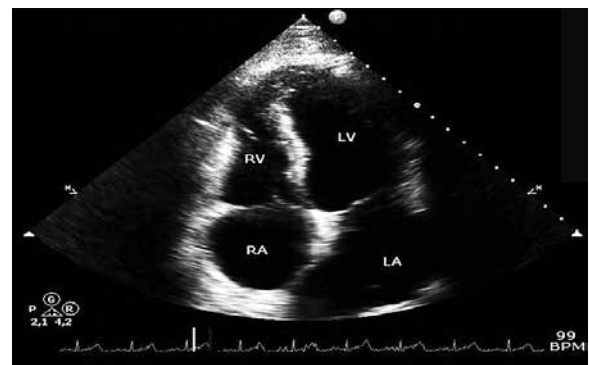
**Figura 1** - Imagem de ecocardiograma transesofágico com visualização das quatro câmaras cardíacas demonstrando compressão extrínseca das câmaras direitas por formação cística volumosa (pontas de seta) e espessamento pericárdico. Fonte: arquivo pessoal.

Foi submetido à toracotomia, devido às alterações hemodinâmicas, com excisão completa da massa mediastinal, com sua histopatológica confirmando a suspeita pré-operatória de grande cisto pericárdico medindo 10 x 3 x 0,3 cm, com parede fibrosa repleta de líquido fibrino-hemorrágico antigo. A alta ocorreu cinco dias após a cirurgia, sem intercorrências pós-operatórias.

O ecocardiograma transesofágico pós-operatório (Figura 3) registrou pericárdio espessado, melhora da função biventricular (fração de ejeção ventricular esquerda = 64%), entretanto, persistia variação respiratória do fluxo tricúspide, indicando algum grau de comprometimento hemodinâmico.



**Figura 2** - Imagem de tomografia computadorizada de tórax com contraste venoso evidenciando coleção líquida volumosa com bordas calcificadas entre o esterno e o ventrículo direito. Fonte: arquivo pessoal.



**Figura 3** - Imagem de ecocardiograma transtorácico pós-operatório em corte apical com visualização das quatro câmaras cardíacas demonstrando pericárdio espessado, todavia, com desaparecimento da formação cística. Fonte: arquivo pessoal.

Em seguimento ambulatorial de dois meses o paciente apresentou remissão completa da sua sintomatologia.

## DISCUSSÃO

Os cistos pericárdicos são anomalias congênitas incomuns que ocorrem quase exclusivamente em adultos na quarta e quinta décadas de vida.<sup>4</sup> São causados por defeito no desenvolvimento da cavidade celômica, estando aderido ao folheto pericárdico, embora a comunicação com a cavidade pericárdica aconteça apenas na minoria dos casos.<sup>5</sup> Os cistos variam em diâmetro de 2 a 5 cm ou mais e representam 6% das massas mediastinais e 33% dos cistos mediastinais,<sup>6</sup> sendo a maioria assin-

tomática e diagnosticada incidentalmente à telerradiografia de tórax. Raramente se calcificam ou se rompem. Cistos adquiridos são extremamente raros e podem estar associados a neoplasia mediastinal, infecção parasitária, doença traumática ou cirurgia cardíaca.<sup>7</sup>

Este relato trata-se de um homem de 40 anos de idade, faixa etária comum de apresentação de cisto pericárdico, entretanto, com atividade esportiva caracterizada por múltiplos traumas torácicos, o que inclui a possibilidade de lesão adquirida. Destaca-se o tamanho incomum do cisto e as suas características anatomopatológicas. Conteúdo hemorrágico pode sugerir ruptura ou associa-se ao uso de anticoagulante oral, sem implicar sua gravidade.

A sintomatologia mais comum, quando presente, é caracterizada por: dor torácica, dispneia ou taquipneia paroxística, tosse e palpitações. Ocasionalmente, podem alterar a hemodinâmica cardiovascular ou a expansibilidade pulmonar e simular estenose tricúspide, estenose pulmonar ou pericardite constrictiva.<sup>8</sup>

Neste relato, os sinais clínicos de comprometimento restritivo biventricular foram evidentes, com alterações hemodinâmicas ao ecocardiograma.

O ecocardiograma transtóraco geralmente é suficiente para estabelecer o diagnóstico, sendo ocasionalmente necessária a complementação propedêutica com o exame transesofágico em casos de localização atípica ou de difícil visualização. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética também contribuem para o diagnóstico diferencial com outras massas mediastinais.<sup>9</sup> A punção aspirativa é alternativa, por ser diagnóstica e terapêutica e apresentar baixa mortalidade. O diagnóstico definitivo, entretanto, só é firmado por meio anatomopatológico.

Suas complicações incluem ruptura, tamponamento cardíaco, obstrução do brônquio fonte direito, obstrução do trato de saída do ventrículo direito e insuficiência cardíaca aguda de câmaras direitas.<sup>10</sup>

A resolução espontânea do cisto pericárdico foi descrita em poucos casos, provavelmente por ruptura do cisto.<sup>11</sup> O tratamento conservador deve ser reservado para os casos assintomáticos; e, em casos sintomáticos, deve-se realizar a aspiração percutânea e a esclerose com etanol, reservando a remoção cirúrgica apenas em casos de insucesso com esta terapia ou diante de sintomatologia com repercussões cardiorrespiratórias.<sup>12</sup>

Neste relato a remoção cirúrgica por toracotomia foi a alternativa para tratamento, em face das dimensões do cisto e do comprometimento hemodinâmico.

## CONCLUSÃO

Os cistos pericárdicos são raros, geralmente assintomáticos e diagnosticados incidentalmente. Podem se manifestar com dor torácica, dispneia ou taquipneia paroxística, tosse e palpitações e, como neste relato, podem causar repercussão hemodinâmica com sinais de insuficiência cardíaca aguda. Os métodos de imagem fornecem informações diagnósticas e ajudam a definir a proposta terapêutica, que pode ser conservador até ressecção cirúrgica.

## REFERÊNCIAS

1. Engle DE, Tresch DD, Boncheck LI, Foley WD, Brooks HL. Misdiagnosis of pericardial cyst by echocardiography and computed tomography scanning. *Arch Intern Med.* 1983; 143:351-2.
2. Davis RD Jr, Oldham HN Jr, Sabiston DC Jr. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management, and results. *Ann Thorac Surg.* 1987; 44:229-37.
3. Cohen AJ, Thompson LN, Edwards FH, Bellamy RF. Primary cysts and tumors of the mediastinum. *Ann Thorac Surg.* 1991; 51:378-86.
4. Saad R, Carvalho WRd, Ximenes Neto M. *Cirurgia torácica geral.* São Paulo: Atheneu; 2005.
5. Gilbert-Barnes E. *Potter's Pathology of the fetus and infant.* 4. ed. St. Louis: Mosby; Year Book; 1997.
6. Maisch B, Seferovic PM, Ristic AD, Erbel R, Rienmüller R, Adler Y, *et al.* Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases executive summary. The Task force on the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2004; 25(7):587-610.
7. Borlaug BA, DeCamp MM, Gangadharan SP. Neoplastic pericardial disease. In: Basow DS, editor. *UpToDate.* 2008. Waltham: UpToDate; 2008.
8. Klatte EC, Yune HY. Diagnosis and treatment of pericardial cysts. *Radiology.* 1972; 104:541-4.
9. Wang ZJ, Reddy GP, Gotway MB, Yeh BM, Hettis SW, Higgins CB. CT and MR imaging of pericardial disease. *Radiographics.* 2003; 23 Spec No:S167-80.
10. Patel JI, Park C, Michaels J, Rosen S, Kort S. Pericardial cyst: case reports and a literature review. *Echocardiography.* 2004; 21(3):269-72.
11. King JF, Crosby I, Pugh D, Reed W. Rupture of pericardial cyst. *Chest.* 1971; 60:611-2.
12. Nina VJS, Manzano NCE, Mendes VGG, Salgado Filho N. Cisto pericárdico gigante: relato de caso. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2007; 22(3):349-51.