

¹ Hospital SOS Córdio, Florianópolis, SC, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Diagnóstico ocasional de cisto ovariano durante procedimento de oclusão percutânea de comunicação interatrial

Occasional diagnosis of ovarian cyst during percutaneous occlusion procedure of atrial septal defect

Luiz Carlos Giuliano^{1iD}, Luis Sérgio Carvalho Luciano^{1iD}, Sthéfani Spricigo Portilho^{2iD}, Leandro Waldrich^{1iD}, José Fernando Arruda^{1iD}, Luiz Eduardo Koenig São Thiago^{1iD}

DOI: 10.31160/JOTCI202028A20200023

RESUMO – Apresentamos um relato de caso no qual uma intervenção convencional para correção de comunicação interatrial resultou em videolaparoscopia exploradora e exérese de cisto ovariano. A comunicação interatrial é uma das principais cardiopatias congênicas diagnosticadas em adultos; cistos ovarianos apresentam alta prevalência e são frequentemente assintomáticos. Discute-se a possível relação entre comunicação interatrial e cisto ovariano. As técnicas de punção venosa femoral guiada por reparos anatômicos e por ultrassonografia são analisadas sob a óptica das evidências científicas atuais.

Descritores: Cistos ovarianos/diagnóstico; Comunicação interatrial; Oclusão terapêutica; Videolaparoscopia

ABSTRACT – We present a case report in which a conventional intervention for the correction of atrial septal defect resulted in an exploratory videolaparoscopy and exeresis of an ovarian cyst. Atrial septal defect is one of the primary congenital cardiopathies diagnosed in adults; ovarian cysts present a high prevalence and are frequently asymptomatic. The possible relation between atrial septal defect and ovarian cyst is debated. The femoral venous puncture techniques, guided by anatomic landmarks and by ultrasonography, are analyzed from the perspective of current scientific evidence.

Keywords: Ovarian cysts/diagnosis; Heart septal defects, atrial; Therapeutic occlusion; Videolaparoscopy

Como citar este artigo:

Giuliano LC, Luciano LS, Portilho SS, Waldrich L, Arruda JF, São Thiago LE. Diagnóstico ocasional de cisto ovariano durante procedimento de oclusão percutânea de comunicação interatrial. J Transcat Intervent. 2020;28:eA20200023. <https://doi.org/10.31160/JOTCI202028A20200023>

Autor correspondente:

Luis Sérgio Carvalho Luciano
Hospital SOS Córdio
Rodovia SC-401, 121 – Itacorubi
CEP: 88030-000 – Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: luiscl@msn.com

Recebido em:

5/10/2020

Aceito em:

7/12/2020



Esta obra está licenciada sob uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

INTRODUÇÃO

A comunicação interatrial (CIA) é uma das principais cardiopatias congênicas diagnosticadas em adultos. Seu diagnóstico tardio ocorre por raramente causar repercussão hemodinâmica significativa nos primeiros anos de vida.¹ A probabilidade de sobrevivência até a idade adulta é de 97%. A CIA possui incidência estimada de 1,6 por mil nascidos vivos. Além disso, as mulheres são duas vezes mais acometidas do que os homens.²

Outra condição frequente em mulheres em idade fértil é o cisto ovariano (CO). Cistos funcionais representam 24% dos CO, cistos benignos são 70%, e malignos chegam a 6%.³

A CIA, por ser uma das cardiopatias congênicas com maior incidência em nosso meio, pode estar associada a outras malformações. Neste relato, descrevemos um caso de diagnóstico ocasional de CO durante um procedimento de oclusão percutânea de CIA.

Este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (parecer 4.159.975). Ele foi aprovado e recebeu CAAE 34842820.0.0000.0113.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 37 anos, previamente portadora de migrânea, assintomática do ponto de vista cardiovascular. Em consulta de rotina com cardiologista apresentou-se em classe funcional I da *New York Heart Association* (NYHA). O eletrocardiograma de 12 derivações em repouso evidenciava ritmo sinusal com frequência

cardíaca adequada, distúrbio de condução pelo ramo direito e repolarização ventricular normal. Foi solicitado ecocardiograma transtorácico ambulatorial, tendo sido observada CIA tipo *ostium secundum* (OS), além de discreto aumento do ventrículo direito. A paciente foi encaminhada pelo cardiologista assistente ao serviço de referência para oclusão percutânea do defeito de septo interatrial.

Ela foi admitida eletivamente para realização do procedimento em novembro de 2019. A paciente foi submetida à anestesia geral na sala de hemodinâmica, com realização simultânea de ecocardiograma transesofágico, para guiar o procedimento. O ecocardiograma transesofágico mostrou septo interatrial com descontinuidade da membrana da fossa oval, defeito único medindo 10x9mm localizado em borda anterossuperior do septo interatrial e fluxo direcionado exclusivamente da esquerda para direita. Na sequência, o operador experiente realizou punção direcionada à veia femoral direita com a técnica de Seldinger, guiada por reparos anatômicos. O introdutor femoral 6F foi posicionado, e, sem sucesso, foram realizadas tentativas de progressão dos guias 0,035" teflonado e hidrofílico em direção à veia cava inferior e ao átrio direito. Um líquido escuro foi aspirado através da via lateral do introdutor, em uma tentativa de confirmar sua posição intravascular. Após nova tentativa de progressão dos guias, foi feita injeção de contraste, pela via lateral do introdutor. Foi observada opacificação de uma cavidade circunferencial de grande volume e que não permitia a lavagem do contraste em direção à veia cava inferior (Figura 1).

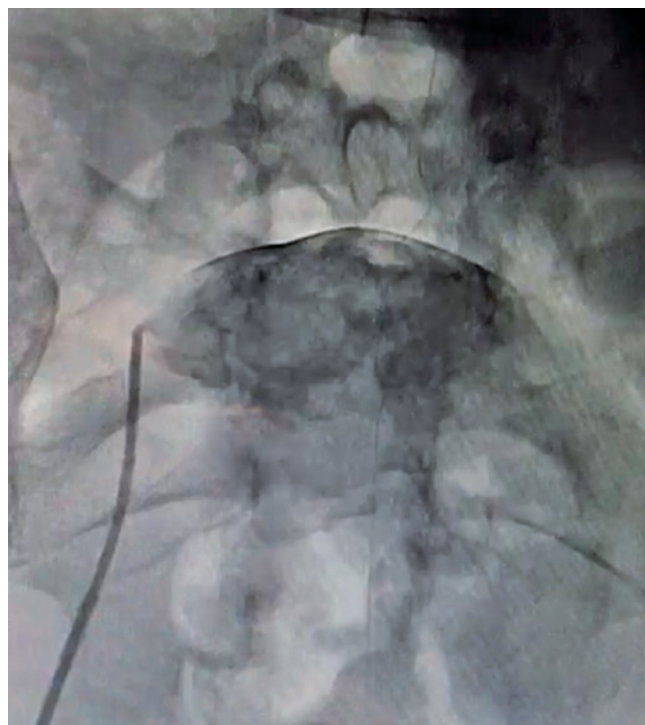


Figura 1. Contrastação do cisto ovariano na sala de hemodinâmica.

O caso foi discutido com a equipe da cirurgia geral e, após consentimento da família, optou-se por realização de videolaparoscopia exploradora no mesmo ato anestésico. Foram identificados CO à direita, com aproximadamente 15cm³ de volume, e introdutor transfixando a parede anterior do cisto (Figura 2). Procedeu-se à ooforectomia direita videolaparoscópica sem intercorrências. A paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar no segundo dia pós-operatório.

A paciente foi readmitida em janeiro de 2020, para oclusão percutânea da CIA do tipo OS. Novamente sob anestesia geral, foi feita punção da veia femoral direita e administrado-se heparina plena endovenosa, com controle do tempo de coagulação ativado. Foram realizadas novas medidas da CIA, com o ecocardiograma transesofágico periprocedimento e avaliação de seu diâmetro estirado, igual a 12mm (Figura 3).

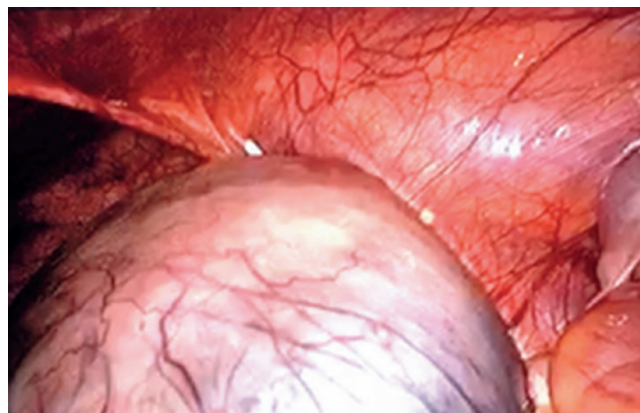


Figura 2. Imagem videolaparoscópica do introdutor transfixando a parede anterior do cisto ovariano.

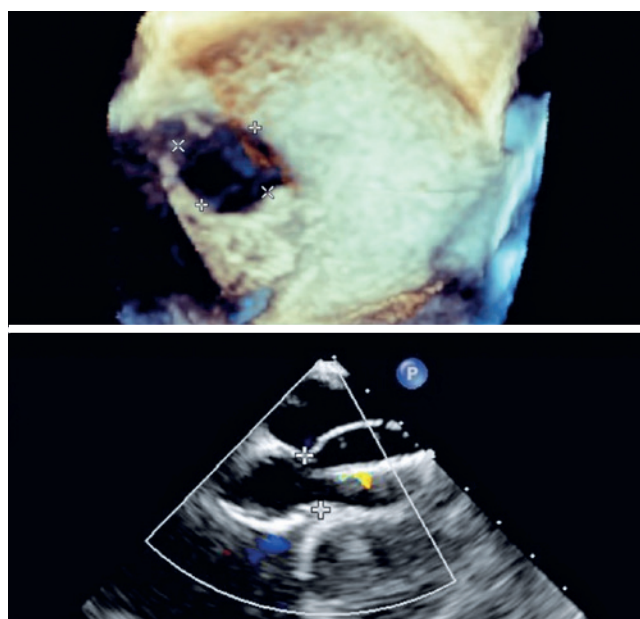


Figura 3. Comunicação interatrial *ostium secundum* vista no ecocardiograma transesofágico em três dimensões e medida de seu diâmetro estirado no método bidimensional.

Implantou-se prótese CeraFlex™ ASD Occluder 14mm (LifeTech Scientific, China). Uma varredura ecocardiográfica ao final do procedimento mostrou prótese bem posicionada no septo interatrial e ausência de fluxo residual e de interferência nas estruturas adjacentes (Figura 4).

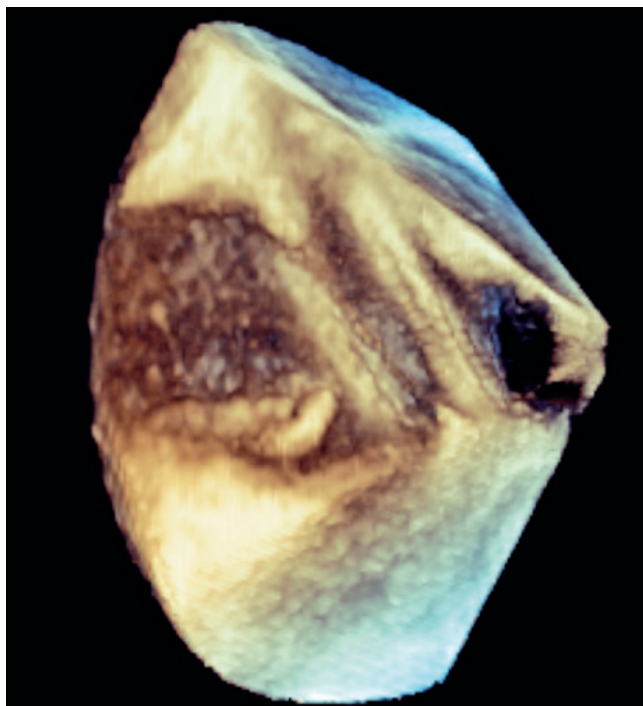


Figura 4. Ecocardiograma transesofágico tridimensional mostrando prótese bem posicionada no septo interatrial.

A paciente recebeu alta hospitalar no primeiro pós-operatório, após ecocardiograma transtorácico de controle mostrar prótese bem posicionada e ausência de fluxo através dela.

O ecocardiograma transtorácico realizado 30 dias após o procedimento expôs achados semelhantes aos do ecocardiograma anterior. A paciente permanece em acompanhamento ambulatorial com ginecologista e cardiologista, sem intercorrências durante esse período de seguimento.

DISCUSSÃO

A CIA do tipo OS corresponde a cerca de 10% a 12% de todas as cardiopatias congênitas. O diagnóstico é sugerido, geralmente, pela presença de sopro sistólico em foco pulmonar e desdobramento fixo da segunda bulha. Na radiografia de tórax, pode-se observar área cardíaca discretamente aumentada, hiperfluxo pulmonar e abaulamento do tronco da artéria pulmonar. O eletrocardiograma pode apresentar sobrecarga de ventrículo direito.¹

O CO pode manifestar-se com dor pélvica, dismenorria, dispareunia, distúrbios menstruais, infertilidade ou até efeitos de pressão em órgãos adjacentes. Porém, pode ser assintomático por um longo período.⁴ Esses cistos, eventual-

mente, podem ser diagnosticados intraútero com auxílio da ultrassonografia obstétrica, assim como outros cistos abdominais.⁵

A CIA pode estar relacionada a outras condições, como acidente vascular cerebral, além do hiperfluxo pulmonar e repercussão hemodinâmica em câmaras direitas.² Poucos estudos mostraram alguma relação entre CO e CIA. Rizzo et al. acompanharam fetos diagnosticados com CO por ultrassonografia e relataram um caso com cardiopatia congênita associada que evoluiu a óbito no período pós-natal.⁶

As síndromes de Jarcho-Levin e Rokitsky, ambas raras, podem apresentar CO e CIA, porém com diversos outros achados.⁷ Além dessas síndromes, a triplicação da região 22q11.2 resulta em malformação cardíaca associada a malformações urogenitais,⁸ mas os dados ainda são escassos.

Distúrbios endócrinos de origem ovariana estão relacionados a doenças cardiovasculares.^{9,10} Ainda, CIA do tipo OS e ovários policísticos podem estar presentes na síndrome de extrema resistência insulínica.¹¹

Alguns autores declaram não haver relação para a coexistência entre CO e CIA,¹² mas a prevalência de ambas torna a ocorrência simultânea possível. Ainda, há síndromes descritas nas quais sua concomitância torna-se mais provável.

A punção venosa femoral guiada por reparos anatômicos foi amplamente comparada à punção venosa femoral guiada por ultrassonografia. A punção guiada por ultrassonografia evidenciou aumento significativo na taxa de sucesso do procedimento^{13,14} e reduziu o número de tentativas e o número de complicações relacionadas à punção.¹³ Além disso, o custo médio do procedimento guiado por ultrassonografia foi inferior ao do guiado por reparos anatômicos.¹⁴ Tanto operadores experientes quanto residentes tiveram melhores resultados com o método guiado por ultrassonografia, muito embora operadores experientes experimentem um benefício mais modesto, quando comparados aos médicos em treinamento.¹⁵

A punção da veia femoral guiada por ultrassonografia diminui o custo e a chance de complicações, enquanto aumenta a segurança e a taxa de sucesso do procedimento. A possibilidade de presença de CO deve ser considerada no diagnóstico diferencial de complicações relacionadas à punção venosa femoral.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Não há.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Concepção e desenho do estudo: LCG e LSCL; coleta dos dados: LSCL, SSP e JFA; interpretação dos dados: LCG e LSCL; composição do texto: LCG, LSCL e SSP; aprovação da versão final a ser publicada: LCG, LSCL, SSP, LW, JFA e LEKST.

REFERÊNCIAS

1. Pedra CA, Pedra SR, Fontes VF. Comunicação interatrial do tipo ostium secundum: do tratamento cirúrgico ao percutâneo e os dinossauros do futuro: Do tratamento cirúrgico ao percutâneo e os dinossauros do futuro. *Arq Bras Cardiol.* 2003;80(6):650-5. <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2003000600010>
2. Kuijpers JM, Mulder BJ, Bouma BJ. Secundum atrial septal defect in adults: a practical review and recent developments: a practical review and recent developments. *Neth Heart J.* 2015;23(4):205-11. <http://dx.doi.org/10.1007/s12471-015-0663-z>
3. Rofe G, Auslender R, Dirnfeld M. Benign ovarian cysts in reproductive-age women undergoing assisted reproductive technology treatment. *Open J Obstet Gynecol.* 2013;3(7):17-22. <http://dx.doi.org/10.4236/ojog.2013.37a1005>
4. Jyoti M. Accidents to ovarian cysts. *J Univ Coll Med Sci.* 2013;1(2):46-53. <https://doi.org/10.3126/jucms.v1i2>
5. Prada Arias M, García Lorenzo F, Montero Sánchez M, Muguerza Vellibre R. Enteric duplication cyst resembling umbilical cord cyst. *J Perinatol.* 2006;26(6):368-70. <http://dx.doi.org/10.1038/sj.jp.7211520>
6. Rizzo N, Gabrielli S, Perolo A, Pilu G, Cacciari A, Domini R, et al. Prenatal diagnosis and management of fetal ovarian cysts. *Prenat Diagn.* 1989;9(2):97-103. <http://dx.doi.org/10.1002/pd.1970090204>
7. Barriga Buján R, Muínelo Segade A, Prado-Carro A, González Herranz P, Soler Fernández R. Síndromes de Jarcho-Levin y Rokitansky. Una excepcional asociación [Jarcho-Levin and Rokitansky syndromes. An excepcional association]. *An Pediatr (Barc).* 2018;88(3):169-71. Spanish. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.03.016>
8. Vaz SO, Pires R, Pires LM, Carreira IM, Anjos R, Maciel P, et al. A unique phenotype in a patient with a rare triplication of the 22q11.2 region and new clinical insights of the 22q11.2 microduplication syndrome: a report of two cases. *BMC Pediatr.* 2015;15:95. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-015-0417-5>
9. Meyer C, McGrath BP, Teede HJ. Overweight women with polycystic ovary syndrome have evidence of subclinical cardiovascular disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005;90(10):5711-6. <http://dx.doi.org/10.1210/jc.2005-0011>
10. Cussons AJ, Stuckey BG, Watts GF. Cardiovascular disease in the polycystic ovary syndrome: new insights and perspectives. *Atherosclerosis.* 2006;185(2):227-39. <http://dx.doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2005.10.007>
11. Dutta D, Maisnam I, Ghosh S, Mukhopadhyay S, Chowdhury S. Syndrome of extreme insulin resistance (Rabson-Mendenhall phenotype) with atrial septal defect: clinical presentation and treatment outcomes. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2013;5(1):58-61. <http://dx.doi.org/10.4274/Jcrpe.857>
12. Salekin MS, Khan O, Urme S, Adhikary A, Aftabuddin M. Pericarditis with atrial septal defect with bilateral haemorrhagic ovarian cyst: A case report. *Univ Heart J.* 2015;10(2):102-3. <https://doi.org/10.3329/uhj.v10i2.26131>
13. Prabhu MV, Juneja D, Gopal PB, Sathyanarayanan M, Subhramanyam S, Gandhe S, et al. Ultrasound-guided femoral dialysis access placement: a single-center randomized trial. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2010;5(2):235-9. <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.04920709>
14. Seleznova Y, Brass P, Hellmich M, Stock S, Müller D. Cost-effectiveness-analysis of ultrasound guidance for central venous catheterization compared with landmark method: a decision-analytic model. *BMC Anesthesiol.* 2019;19(1):51. <http://dx.doi.org/10.1186/s12871-019-0719-5>
15. Yamagata K, Wichterle D, Roubíček T, Jarkovský P, Sato Y, Kogure T, et al. Ultrasound-guided versus conventional femoral venipuncture for catheter ablation of atrial fibrillation: a multicentre randomized efficacy and safety trial (ULTRA-FAST trial). *Europace.* 2018;20(7):1107-1114. doi: 10.1093/europace/eux175