

Metástasis Cardíaca Secundaria a Neoplasia de Lengua – Relato de Caso

Gustavo Ney de Morais Gouveia¹, Sandra Nívea dos Reis Saraiva Falcão^{1,2,3}, Simony Fauth¹, Carlos José Mota de Lima¹, Benício Kerly Barbosa Gonçalves¹, Cezário Antônio Martins Gomes¹

Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes (Hospital de Messejana)¹; UNIFOR - Universidade de Fortaleza²; Universidade Federal do Ceará³, Fortaleza, CE - Brasil

Introducción

Los tumores cardíacos primarios son raros (incidencia de 0,0017% a 0,28%). Mientras tanto, los tumores secundarios o metastásicos son 40 a 100 veces más frecuentes que los primarios.¹

La metástasis cardíaca de carcinoma escamoso de lengua es rara y la incidencia varía de 1,5% a 50%. El pericardio es afectado en 64% a 69%; el epicardio, en 25% a 34%; y el miocardio, en 29% a 32%. Los tumores pueden afectar al corazón por las siguientes vías: hematogénica, extensión directa, vasos linfáticos y por las venas pulmonares y cava.²

El objetivo de este artículo es relatar el caso de un paciente con historia de cáncer de lengua diagnosticado hacía un año y que desarrolló metástasis cardíacas, evaluadas en el ecocardiograma transtorácico (ETT) y el ecocardiograma tridimensional (ECO 3D), resaltando la importancia de la atención del ecocardiografista a las lesiones tumorales en todas las capas del corazón (epicardio, endocardio, miocardio y pericardio).

Relato del Caso

Paciente, RMS, 32 años, femenina, fue admitida en el hospital con cuadro de síncope después de esfuerzo. Una semana antes de la admisión presentaba disnea progresiva a los esfuerzos, habiendo evolucionado a síntomas en reposo asociados a dolor torácico en hemitórax izquierdo. Antecedentes patológicos: cáncer de lengua (carcinoma espinocelular) diagnosticado hacía un año y seis meses, tratado con resección quirúrgica y radioterapia; evolucionó con recidiva tumoral hacía cinco meses, siendo retratada con nueva resección quirúrgica.

En la admisión la paciente se presentaba taquiperica, taquicárdica (120Lpm), auscultación cardíaca con ritmo regular y ruidos hipofonéticos. Al examen pulmonar, presencia de estertores crepitantes groseros en hemitórax derecho.

Palabras clave

Neoplasias Cardíacas; Neoplasias Bucales; Carcinoma de Células Escamosas; Ecocardiografía Tridimensional.

Correspondencia: Gustavo Ney de Morais Gouveia •

Rua Seringueira, N° 30, Cajazeiras. CEP 60864-545, Fortaleza, CE – Brasil
E-mail: gustavoney@yahoo.com.br

Artículo recibido el 6/2/2016; revisado el 23/2/2016; aceptado el 11/3/2016.

El electrocardiograma de la admisión reveló taquicardia sinusal y bajo voltaje. La radiografía de tórax presentaba área cardíaca aumentada y presencia de derrame pleural a la derecha.

El ecocardiograma evidenció derrame pericárdico con señales de taponamiento cardíaco. Fue realizado drenaje pericárdico (1.000 mL de líquido pericárdico amarillo citrino) y biopsia del pericardio (negativa para investigación de células neoplásicas).

El ecocardiograma post-drenaje evidenció función sistólica preservada del ventrículo izquierdo (VI) y múltiples masas adheridas al endocardio del VI y con infiltración del miocardio, midiendo la mayor cerca de 11 x 12 mm, móvil y adherida al endocardio en la vía de salida del VI (Figuras 1 a 4).

La tomografía de tórax evidenció múltiples nódulos pleurales a la derecha, además de derrame pleural a la derecha.

La paciente fue encaminada para control oncológico en hospital especializado, mientras tanto, falleció un mes después del diagnóstico de las metástasis.

Discusión

La incidencia de metástasis cardíaca es de 0,7% a 3,5% en la población general, y de 9,1% en pacientes con neoplasia conocida. En 14,2% de los pacientes con múltiples metástasis a distancia existe compromiso cardíaco. Las neoplasias primarias que más causan metástasis cardíacas son: pulmón (36% a 39%), mama (10% a 12%) y cáncer hematológico (10% a 21%).¹

El cáncer oral es el tipo más frecuente de cáncer de cabeza y cuello (38%), siendo más común en hombres encima de 65 años (75%), y el tipo histológico más común es el carcinoma de células escamosas (95%), más frecuente en la lengua y en el piso de la boca (90%).³ Los pacientes presentan sobrevida menor que 50% en cinco años y la recurrencia de la neoplasia es mayor que la metástasis a distancia, sin embargo ese tipo tumoral es conocido por dar metástasis sin ocurrencia tumoral locorregional.⁴

La metástasis cardíaca de carcinoma escamoso de lengua es rara y, en la literatura en lengua inglesa, hay apenas seis casos relatados.⁵

La incidencia de metástasis cardíaca por tumores de lengua varía de 1,5% a 50%.²

El pericardio es afectado en 64% a 69%; el epicardio, en 25% a 34%; y el miocardio, en 29% a 32%. Metástasis para el endocardio y cavidad cardíaca son raras (3% a 5%) y tienen consecuencias dramáticas. La sobrevida es de seis meses para pacientes con metástasis cardíaca.⁶

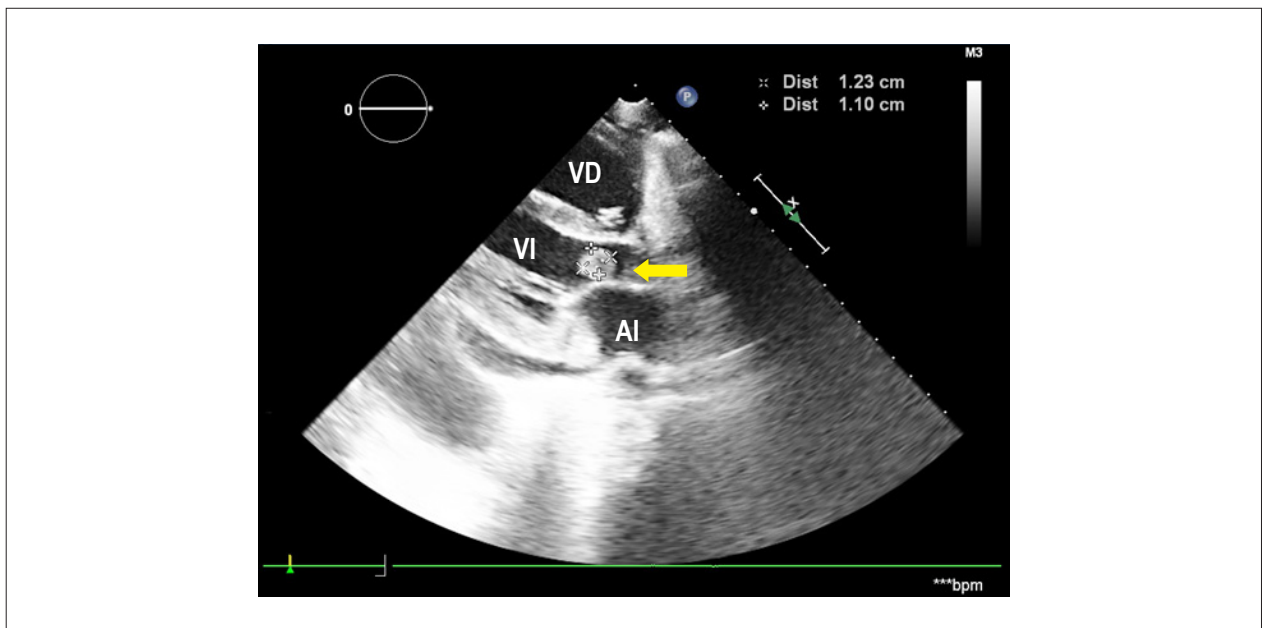


Figura 1 – ETT: ventana paraesternal longitudinal. Se observa masa en la VSVI (flecha). AI: atrio izquierdo; VI: ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho; VSVI: vía de salida del ventrículo izquierdo.

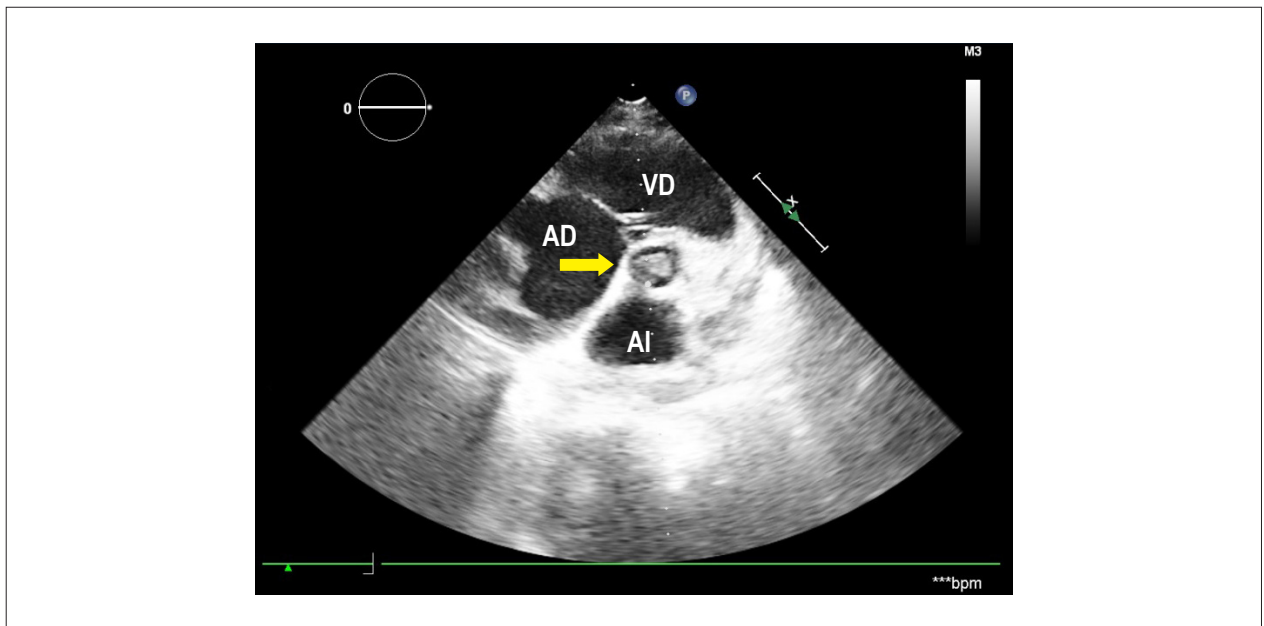


Figura 2 – ETT: ventana paraesternal eje corto. Se observa masa en la VSVI (flecha). AI: atrio izquierdo; AD: atrio derecho; VD: ventrículo derecho; VSVI: vía de salida del ventrículo izquierdo.

Los tumores pueden afectar el corazón por las siguientes vías: hematogénica, extensión directa, vasos linfáticos y a través de las venas pulmonares y cava.

Los tumores envolviendo el pericardio pueden ser resultantes de la invasión directa por un tumor intratorácico o mediastinal y por vía linfática. Las metástasis para miocardio o epicardio ocurren casi exclusivamente por vía linfática o secundarias a la difusión tumoral del pericardio. Las metástasis para endocardio

ocurren a través de la corriente sanguínea. También puede haber metástasis del miocardio para endocardio, por contigüidad. El sistema linfático responde por la mayoría de las metástasis cardíacas.⁷

Las manifestaciones clínicas dependerán de la topografía y del tamaño de la lesión. Generalmente, los pacientes presentan señales y síntomas de insuficiencia cardíaca, alteraciones valvulares o disturbios del ritmo cardíaco.⁶

Caso Clínico

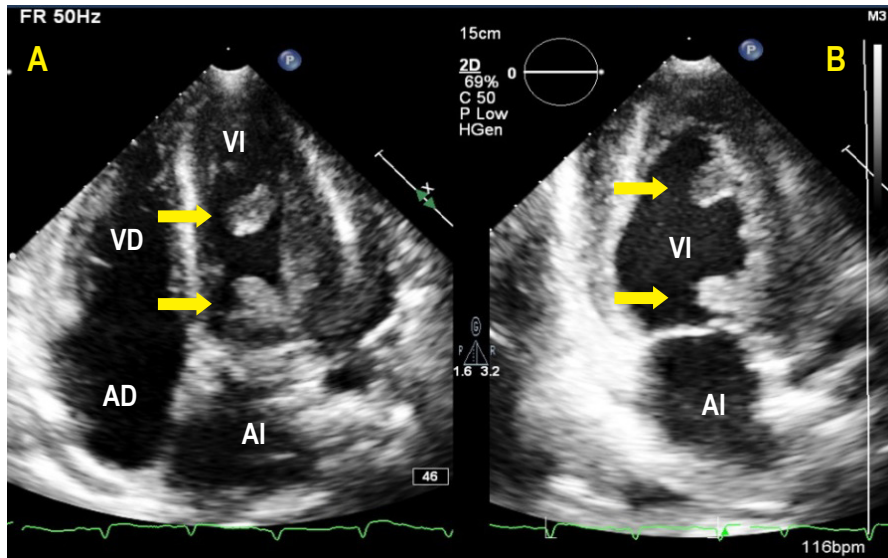


Figura 3 – ETT: A - ventana apical cuatro cámaras; B - ventana apical dos cámaras. Se observan masas adheridas en las paredes anterolateral del VI (flechas en A) y anterior (flechas en B). AI: atrio izquierdo; AD: atrio derecho; VI: ventrículo izquierdo; VD: ventrículo derecho.

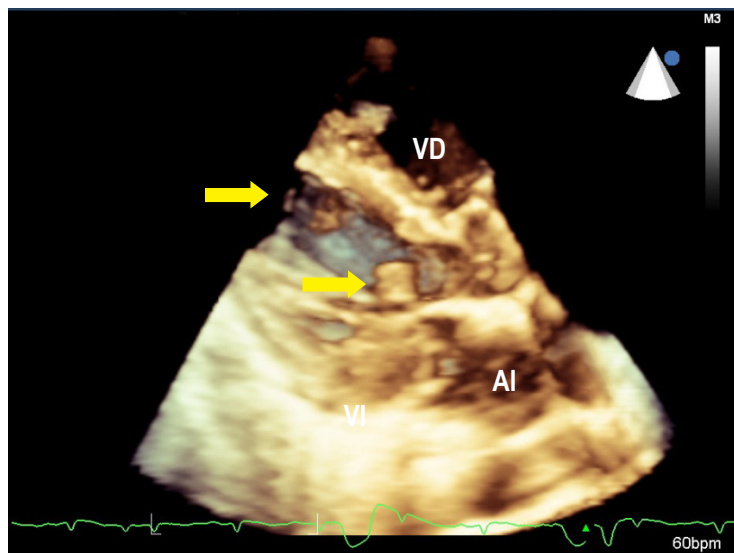


Figura 4 – ECO 3D: ventana paraesternal longitudinal. Se observan masas adheridas en la VSVI y pared anteroseptal del VI (flechas). VSVI: vía de salida del ventrículo izquierdo; AI: atrio izquierdo; VD: ventrículo derecho.

El diagnóstico de una lesión metastásica del corazón es realizado, la mayoría de las veces, en una fase avanzada de la enfermedad, cuando las lesiones metastásicas pasan a producir síntomas. Los exámenes de imagen (ecocardiograma, tomografía computada y resonancia magnética) tienen sensibilidad y especificidad elevadas, permitiendo el diagnóstico más precoz del compromiso cardíaco.⁸ Los principales diagnósticos diferenciales de masas intracardíacas son vegetación y trombo.⁹

Alteraciones electrocardiográficas son comunes en las metástasis cardíacas, sin embargo son inespecíficas: arritmias, alteraciones en el segmento ST, bajo voltaje (reducción del QRS).

El ETT es un excelente examen para iniciar la evaluación de la enfermedad cardiovascular en pacientes oncológicos antes, durante o después del tratamiento, pues evalúa las funciones del VI, el pericardio y las válvulas. Con el uso del Doppler,

se accede a la hemodinámica cardiovascular. Nuevas técnicas, como ECO 3D y Strain, permiten diagnóstico detallado de masas y, precozmente, de la cardiomiopatía inducida por la quimioterapia, respectivamente. Daher et al.⁸ evaluaron, en un centro oncológico terciario, 3.924 ecocardiogramas y observaron anomalías significativas en 19,9% en el grupo de los pacientes con cáncer ($p < 0,001$). De 1.519 pacientes analizados en el grupo del cáncer, 38,8% presentaban examen normal; 41,3% con alteraciones discretas. Entre los que presentaban alteraciones, las masas cardíacas eran encontradas en 13,9% ($p < 0,002$).⁸

Mientras que el ETT es primera línea en la elección para diagnóstico de la metástasis cardíaca, otras modalidades tales como ecocardiograma transesofágico, ECO 3D, tomografía y resonancia también auxilian en el diagnóstico de esa enfermedad.¹⁰

El ECO 3D tiene valor incremental en el diagnóstico de las metástasis cardíacas, pues caracteriza las masas, las dimensiones y la relación con las estructuras adyacentes, adicionando valor al ecocardiograma bidimensional.¹¹

El tratamiento de las metástasis cardíacas depende de la presentación clínica: en los casos de taponamiento, se realiza rápidamente la pericardiocentesis. Cuando los pacientes presentan arritmias, se administran agentes antiarrítmicos o, en casos de difícil control, ablación. Se puede realizar resección tumoral; mientras tanto, en muchos casos, el tratamiento será quimioterapia, radioterapia o mismo la paliación.

No hay protocolo para investigación de metástasis cardíacas en paciente con neoplasia maligna. Mientras tanto, algunos autores sugieren que se debería realizar ecocardiograma en pacientes con cáncer de pulmón e hígado y que tengan arritmias cardíacas para triaje.

El pronóstico de los tumores cardíacos malignos secundarios a metástasis es reservado, visto que los pacientes, al diagnóstico, se presentan en estadio avanzado de la enfermedad de base.

Conclusión

Este relato ilustra un caso de tumor de lengua metastásico con compromiso cardíaco múltiple. La observación detallada de las estructuras cardíacas (pericardio, epicardio, miocardio y endocardio) debe ser realizada por el ecocardiografista en la investigación de metástasis.

El ecocardiograma en sus diversas modalidades permite el diagnóstico precoz de los compromisos cardíacos y se debe desarrollar un protocolo con inclusión de evaluación ecocardiográfica en las varias etapas del compromiso oncológico.

Contribución de los autores

Concepción y diseño de la investigación: Falcão SNRS, FauthS; Obtención de datos: GouveiaGNM, FauthS, Li maCJM, Gonçalves BKB; Análisis e interpretación de los datos: GouveiaGNM, Falcão SNRS, FauthS, GomesCAM; Redacción del manuscrito: GouveiaGNM; Revisión crítica del manuscrito respecto al contenido intelectual importante: Falcão SNRS, FauthS, GomesCAM.

Potencial Conflicto de Intereses

Declaro no haber conflicto de intereses pertinentes.

Fuentes de Financiamiento

El presente estudio no tuvo fuentes de financiamiento externas.

Vinculación Académica

Este artículo está vinculado a la conclusión de la residencia médica en ecocardiografía del Hospital de Messejana / Escola de Saúde Pública (Secretaria de Salud de Ceará).

Referencias

- Goldberg A, Blankstein R, Padera RF. Tumors metastatic to the heart. *Circulation*. 2013;128(16):1790-4.
- Kavanagh MM, Janjanin S, Prgomet D. Cardiac metastasis and sudden death as a complication of advanced stage of head and neck squamous cell carcinoma. *Coll Antropol*. 2012;36(Suppl 2):19-21.
- Noguti J, De Moura CF, De Jesus GP, Da Silva VH, Hossaka TA, Oshima CT, et al. Metastasis from oral cancer: an overview. *Cancer Genomics Proteomics*. 2012;9(5):329-35.
- Makhija Z, Deshpande R, Desai J. Unusual tumours of the heart: diagnostic and prognostic implications. *J cardiothorac Surg*. 2009;4:4 doi:10.1186/1749-8090-4-4.
- Onwuchekwa J, Banchs J. Early cardiac metastasis from squamous cell carcinoma of the Tongue in 2 patients. *Tex Heart Inst J*. 2012;39(4):565-7.
- Hudzik B, Miszalski-Jamka K, Glowacki J, Lekston A, Gierlotka M, Zembala M et al. Malignant tumors of the heart. *Cancer Epidemiol*. 2015; 39(5):665-72.
- Bussani R, De-Giorgio F, Abbate A, Silvestri F. Cardiac metastases. *J Clin Pathol*. 2007;60(1):27-34.
- Daher IN, Kim C, Saleh RR, Plana JC, Yusuf SW, Banchs J. Prevalence of abnormal echocardiographic findings in cancer patients: a retrospective evaluation of echocardiography for identifying cardiac abnormalities in cancer patients. *Echocardiography*. 2011;28(10):1061-7.
- Srinivas SK, Subramanyam K, Ramalingam R, Bhat S, Kalpana SR, Manjunath CN. A rare case of left ventricular outflow tract mass. *Echocardiography*. 2013;30(9):E274-7.
- Shah R, John E, Fan TM, Ruff G, Rehan Khan M, et al. A patient with metastatic small-cell lung cancer and giant right ventricular mass. *Echocardiography*. 2015;33(3):491-3.
- Zaragoza-Macias E, Chen MA, Gill EA. Real time three-dimensional echocardiography evaluation of intracardiac masses. *Echocardiography*. 2012;29(2):207-19.