

Metástase Cardíaca Secundária à Neoplasia de Língua – Relato de Caso

Heart's Metastasis Secondary to Tongue Neoplasia - Case Report

Gustavo Ney de Moraes Gouveia¹, Sandra Nívea dos Reis Saraiva Falcão^{1,2,3}, Simony Fauth¹, Carlos José Mota de Lima¹, Benício Kerlly 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

Introdução

Os tumores cardíacos primários são raros (incidência de 0,0017% a 0,28%). Entretanto, os tumores secundários ou metastáticos são 40 a 100 vezes mais frequentes que os primários.¹

A metástase cardíaca de carcinoma escamoso de língua é rara e a incidência varia de 1,5% a 50%. O pericárdio é acometido em 64% a 69%; o epicárdio, em 25% a 34%; e o miocárdio, em 29% a 32%. Os tumores podem acometer o coração pelas seguintes vias: hematogênica, extensão direta, vasos linfáticos e pelas veias pulmonares e cava.²

O objetivo deste artigo é relatar um caso de um paciente com história de câncer de língua diagnosticado há um ano e que desenvolveu metástases cardíacas, avaliadas ao ecocardiograma transtorácico (ETT) e ao ecocardiograma tridimensional (ECO 3D), ressaltando a importância da atenção do ecocardiografista às lesões tumorais em todas as camadas do coração (epicárdio, endocárdio, miocárdio e pericárdio).

Relato do Caso

Paciente, RMS, 32 anos, feminina, foi admitida no hospital com quadro de síncope após esforço. Há uma semana da admissão apresentava dispnéia progressiva aos esforços, tendo evoluído a sintomas em repouso associado a dor torácica em hemitórax esquerdo. Antecedentes patológicos: câncer de língua (carcinoma espinocelular) diagnosticado há um ano e seis meses, tratado com ressecção cirúrgica e radioterapia; evoluiu com recidiva tumoral há cinco meses, sendo retratado com nova ressecção cirúrgica.

À admissão a paciente apresentava-se taquípneica, taquicárdica (120 bpm), ausculta cardíaca com ritmo regular

Palavras-chave

Neoplasias Cardíacas; Neoplasias Bucais; Carcinoma de Células Escamosas; Ecocardiografia Tridimensional.

Correspondência: Gustavo Ney de Moraes Gouveia. •

Rua Seringueira, N° 30, Cajazeiras. CEP 60864-545, Fortaleza, CE – Brasil

E-mail: gustavoney@yahoo.com.br

Artigo recebido em 06/02/2016; revisado em 23/02/2016; aprovado em 11/03/2016.

DOI: 10.5935/2318-8219.20160017

e bulhas hipofonéticas. Ao exame pulmonar, presença de estertores crepitantes grosseiros em hemitórax direito.

O eletrocardiograma da admissão revelou taquicardia sinusal e baixa voltagem. A radiografia de tórax apresentava área cardíaca aumentada e presença de derrame pleural à direita.

O ecocardiograma evidenciou derrame pericárdico com sinais de tamponamento cardíaco. Foi realizada drenagem pericárdica (1.000 mL de líquido pericárdico amarelo-citrino) e biópsia do pericárdio (negativa para pesquisa de células neoplásicas).

O ecocardiograma pós-drenagem evidenciou função sistólica preservada do ventrículo esquerdo (VE) e múltiplas massas aderidas ao endocárdio do VE e com infiltração do miocárdio, sendo a maior medindo cerca de 11 x 12 mm, móvel e aderida ao endocárdio na via de saída do VE (Figuras 1 a 4).

A tomografia de tórax evidenciou múltiplos nódulos pleurais à direita, além de derrame pleural à direita.

A paciente foi encaminhada para acompanhamento oncológico em hospital especializado, entretanto, faleceu um mês após o diagnóstico das metástases.

Discussão

A incidência de metástase cardíaca é de 0,7% a 3,5% na população geral, e de 9,1% em pacientes com neoplasia conhecida. Em 14,2% dos pacientes com múltiplas metástases a distância existe o comprometimento cardíaco. As neoplasias primárias que mais causam metástases cardíacas são: pulmão (36% a 39%), mama (10% a 12%) e câncer hematológico (10% a 21%).¹

O câncer oral é o tipo mais frequente de câncer de cabeça e pescoço (38%), sendo mais comum em homens acima de 65 anos (75%), e o tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas (95%), mais frequente na língua e no assoalho da boca (90%).³ Os pacientes apresentam sobrevida menor que 50% em cinco anos e a recorrência da neoplasia é maior do que a metástase a distância, porém esse tipo tumoral é conhecido por dar metástases sem ocorrência tumoral locorregional.⁴

A metástase cardíaca de carcinoma escamoso de língua é rara e, na literatura em língua inglesa, há apenas seis casos relatados.⁵

A incidência de metástase cardíaca por tumores de língua varia de 1,5% a 50%.²

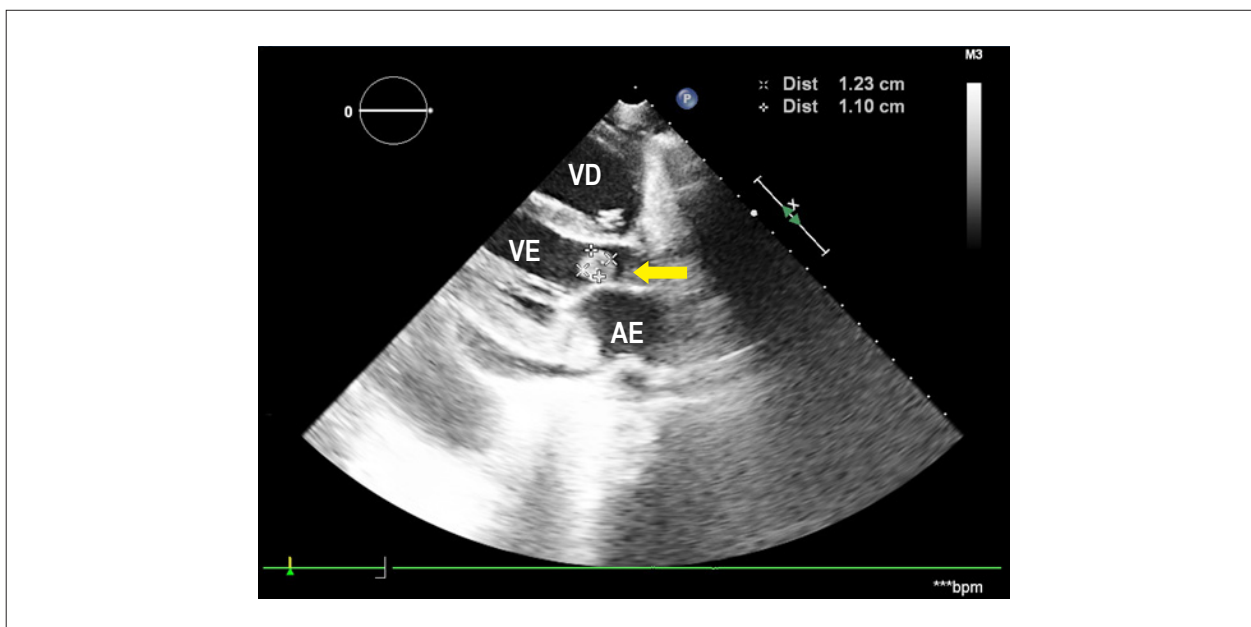


Figura 1 – ETT: janela paraesternal longitudinal. Observa-se massa na VSVE (seta). AE: átrio esquerdo; VE: ventrículo esquerdo; VD: ventrículo direito; VSVE: via de saída do ventrículo esquerdo.

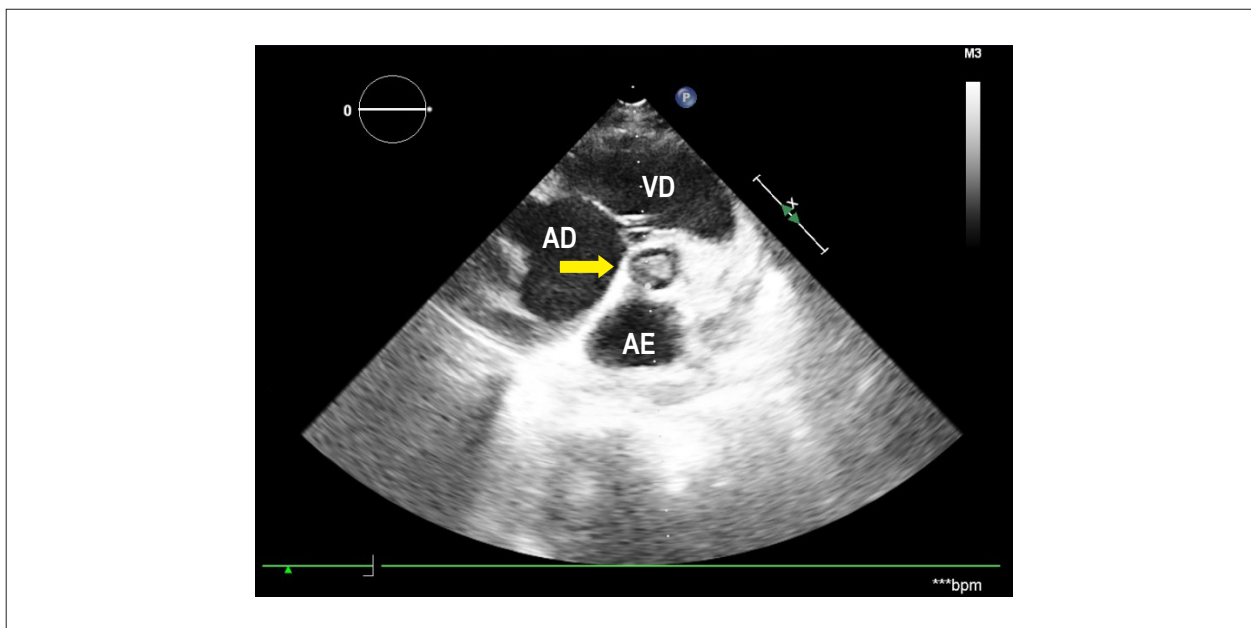


Figura 2 – ETT: janela paraesternal eixo curto. Observa-se massa na VSVE (seta). AE: átrio esquerdo; AD: átrio direito; VD: ventrículo direito; VSVE: via de saída do ventrículo esquerdo.

O pericárdio é acometido em 64% a 69%; o epicárdio, em 25% a 34%; e o miocárdio, em 29% a 32%. Metástases para o endocárdio e cavidade cardíaca são raras (3% a 5%) e têm consequências dramáticas. A sobrevida é de seis meses para pacientes com metástase cardíaca.⁶

Os tumores podem acometer o coração pelas seguintes vias: hematogênica, extensão direta, vasos linfáticos e através das veias pulmonares e cava.

Os tumores envolvendo o pericárdio podem ser decorrentes da invasão direta por um tumor intratorácico ou mediastinal e por via linfática. As metástases para miocárdio ou epicárdio ocorrem quase exclusivamente por via linfática ou secundárias à difusão tumoral do pericárdio. As metástases para endocárdio ocorrem através da corrente sanguínea. Também pode haver metástase do miocárdio para endocárdio, por contiguidade. O sistema linfático responde pela maioria das metástases cardíacas.⁷

Relato de Caso

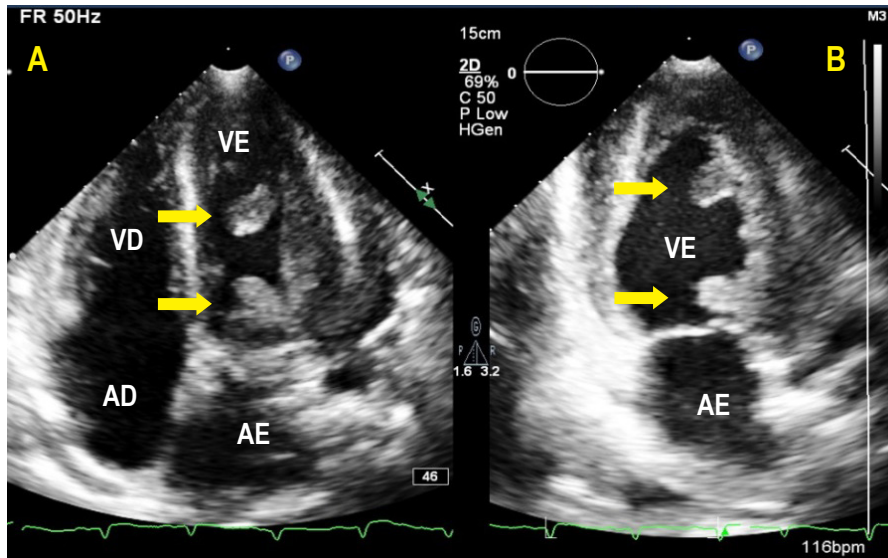


Figura 3 – ETT: A - janela apical quatro câmaras; B - janela apical duas câmaras. Observam-se massas aderidas nas paredes anterolateral do VE (setas em A) e anterior (setas em B). AE: átrio esquerdo; AD: átrio direito; VE: ventrículo esquerdo; VD: ventrículo direito.

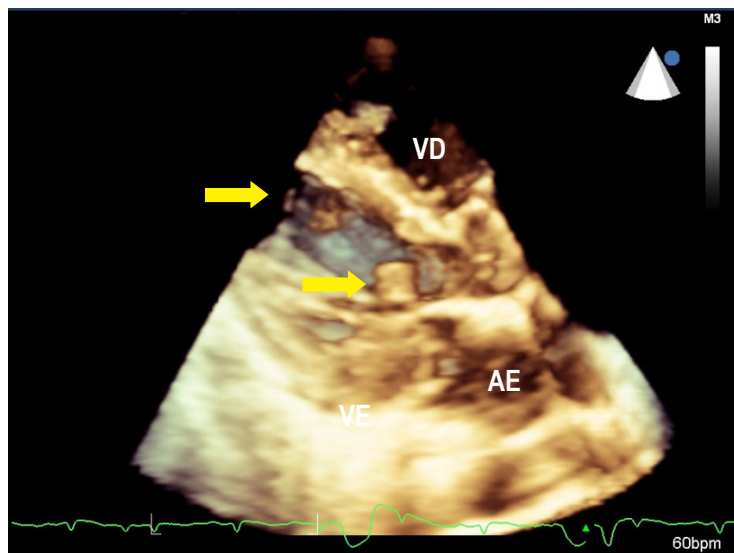


Figura 4 – ECO 3D: janela paraesternal longitudinal. Observam-se massas aderidas na VSVE e parede anterosséptal do VE (setas). VSVE: via de saída do ventrículo esquerdo; AE: átrio esquerdo; VD: ventrículo direito.

As manifestações clínicas dependerão da topografia e do tamanho da lesão. Geralmente, os pacientes apresentam sinais e sintomas de insuficiência cardíaca, alterações valvares ou distúrbios do ritmo cardíaco.⁶

O diagnóstico de uma lesão metastática do coração é realizado, na maioria das vezes, numa fase avançada da doença, quando as lesões metastáticas passam a produzir sintomas. Os exames de imagem (ecocardiograma,

tomografia computadorizada e ressonância magnética) têm sensibilidade e especificidade elevadas, permitindo o diagnóstico mais precoce do acometimento cardíaco.⁸ Os principais diagnósticos diferenciais de massas intracardíacas são vegetação e trombo.⁹

Alterações eletrocardiográficas são comuns nas metástases cardíacas, porém inespecíficas: arritmias, alterações no segmento ST, baixa voltagem (redução do QRS).

O ETT é um excelente exame para iniciar a avaliação da doença cardiovascular em pacientes oncológicos antes, durante ou depois do tratamento, pois avalia as funções do VE, o pericárdio e as valvas. Com o uso do Doppler, acessa-se a hemodinâmica cardiovascular. Novas técnicas, como ECO 3D e Strain, permitem diagnóstico detalhado de massas e, precocemente, da cardiomiopatia induzida pela quimioterapia, respectivamente. Daher et al.⁸ avaliaram, em um centro oncológico terciário, 3.924 ecocardiogramas e observaram anormalidades significativas em 19,9% no grupo dos pacientes com câncer ($p < 0,001$). De 1.519 pacientes analisados no grupo do câncer, 38,8% apresentavam exame normal; 41,3% com alterações discretas. Entre os que apresentavam alterações, as massas cardíacas eram encontradas em 13,9% ($p < 0,002$).⁸

Enquanto o ETT é primeira linha na escolha para diagnóstico da metástase cardíaca, outras modalidades tais como ecocardiograma transesofágico, ECO 3D, tomografia e ressonância também auxiliam no diagnóstico dessa doença.¹⁰

O ECO 3D tem valor incremental no diagnóstico das metástases cardíacas, pois caracteriza as massas, as dimensões e a relação com as estruturas adjacentes, adicionando valor ao ecocardiograma bidimensional.¹¹

O tratamento das metástases cardíacas depende da apresentação clínica: nos casos de tamponamento, realiza-se rapidamente a pericardiocentese. Quando os pacientes apresentarem arritmias, administram-se agentes antiarrítmicos ou, em casos de difícil controle, ablação. Pode-se realizar ressecção tumoral; entretanto, em muitos casos, o tratamento será quimioterapia, radioterapia ou mesmo a palição.

Não há protocolo para investigação de metástases cardíacas em paciente com neoplasia maligna. Entretanto, alguns autores sugerem que se deveria realizar ecocardiograma em pacientes com câncer de pulmão e fígado e que tenham arritmias cardíacas para triagem.

O prognóstico dos tumores cardíacos malignos secundários a metástases é reservado, haja vista que os

pacientes, ao diagnóstico, apresentam-se em estágio avançado da doença de base.

Conclusão

Esse relato ilustra um caso de tumor de língua metastático com acometimento cardíaco múltiplo. A observação detalhada das estruturas cardíacas (pericárdio, epicárdio, miocárdio e endocárdio) deve ser realizada pelo ecocardiografista na pesquisa de metástases.

O ecocardiograma em suas diversas modalidades permite o diagnóstico precoce dos acometimentos cardíacos e deve-se desenvolver um protocolo com inclusão de avaliação ecocardiográfica nas várias etapas do acometimento oncológico.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Falcão SNRS, Fauth S; Obtenção de dados: Gouveia GNM, Fauth S, Lima CJM, Gonçalves BKB; Análise e interpretação dos dados: Gouveia GNM, Falcão SNRS, Fauth S, Gomes CAM; Redação do manuscrito: Gouveia GNM; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Falcão SNRS, Fauth S, Gomes CAM.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é vinculado à conclusão da residência médica em ecocardiografia do Hospital de Messejana / Escola de Saúde Pública (Secretaria da Saúde do Ceará).

Referências

1. Goldberg A, Blankstein R, Padera RF. Tumors metastatic to the heart. *Circulation*. 2013;128(16):1790-4.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Bussani R, De-Giorgio F, Abbate A, Silvestri F. Cardiac metastases. *J Clin Pathol*. 2007;60(1):27-34.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Zaragoza-Macias E, Chen MA, Gill EA. Real time three-dimensional echocardiography evaluation of intracardiac masses. *Echocardiography*. 2012;29(2):207-19.