

Grande Derrame Pericárdico e Neoplasia de Mama – Relato de Caso

Large Pericardial Effusion and Breast Neoplasia – Case Report

Milton de J. Lago Miranda, Priscila Gonçalves Muniz, Rômulo Fonseca de Moraes

Hospital Ipiranga da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; Hospital Sapopemba, São Paulo, SP – Brasil

Introdução

Os tumores metastáticos do coração são mais comuns que os tumores primários. Podem resultar de invasão por contiguidade, disseminação linfática ou disseminação hematogênica. As metástases para o coração tendem a envolver o pericárdio e o miocárdio, mais do que o endocárdio e as valvas. As metástases mais frequentemente originam-se do pulmão, mama, além de linfoma, leucemias e melanoma.^{1,2} O sinal de envolvimento cardíaco mais comum por metástase é o derrame pericárdico, geralmente com demonstração ecocardiográfica de lesões vegetativas com aspecto de couve-flor aderidas às paredes pericárdicas com protrusão para o interior da cavidade pericárdica.¹ O carcinoma de mama é responsável por cerca de 7% das metástases cardíacas, podendo invadir o coração por contiguidade, através da parede torácica anterior e produz frequentemente espessamento pericárdico com derrame.²

O caso trata-se de um paciente com diagnóstico de neoplasia de mama avançada, com metástases múltiplas (pulmão, fígado, coluna vertebral), que evoluiu com um grande derrame pericárdico com sinais ecocardiográficos de tamponamento cardíaco.

Relato do Caso

MRST, 45 anos, sexo feminino, natural da Bahia, procedência de São Paulo, deu entrada no Pronto-Socorro com queixa de dispnéia há dois dias, com piora progressiva aos mínimos esforços na admissão e há um mês com dor abdominal, icterícia e colúria. Foi submetida à biópsia hepática devido à alteração em Tomografia axial computadorizada do abdome compatível com metástase hepática. Antecedente de neoplasia de mama esquerda, tratada há 10 anos, com mastectomia parcial, radioterapia e quimioterapia. Ao exame físico apresentava regular estado geral, dispnéia +/4+, descorada +/4+, hidratada, acianótica, icterícia, afebril, Pressão Arterial (PA): 110X80 mmHg, Frequência Cardíaca (FC): 69 bpm, Frequência Respiratória (FR): 24 irpm. Ausculta cardíaca: bulhas rítmicas, hipofonética em 2 tempos, sem sopros.

Palavras-chave

Derrame Pericárdico; Neoplasias da Mama; Metástase Neoplásica; Tamponamento Cardíaco.

Correspondência: Milton de J. Lago Miranda •

Rua Fiação da Saúde, 104, ap. 101. CEP 04144020, São Paulo, SP - Brasil
E-mail: miltmirand@ig.com.br

Artigo recebido em 04/04/2017; revisado em 24/04/2017; aceito em 07/05/2017

DOI: 10.5935/2318-8219.20170024

Ausculta Pulmonar: murmúrio vesicular presente, diminuído em hemitórax direito, com estertores crepitantes em bases pulmonares. Abdome: globoso, distendido com ruídos hidroaéreos diminuídos. Membros inferiores: sem edemas. Ao eletrocardiograma havia ritmo sinusal, alteração difusa da repolarização ventricular. Na radiografia de tórax presença de cardiomegalia 3+/4+ (Figura 1), imagens de nodulares em pulmões. O ecocardiograma evidenciou diâmetros cavitários, espessura miocárdica e desempenho sistólico preservados, escape mitral, pericárdio espessado com importante derrame: 20 mm de separação dos folhetos do pericárdio (Figura 2), com sinais de restrição diastólica: colapso diastólico do átrio direito (Figura 3) e diminuição das velocidades do fluxo mitral na inspiração no estudo Doppler. (Figura 4). A tomografia computadorizada do abdome e pelve mostrou fígado de dimensões aumentadas, com imagens nodulares de aspecto secundário, linfadenopatia perihilar. Lesões osteoblásticas em corpos vertebrais de T11, T12, L1, L3, L4, bem como em ossos da bacia e do sacro. Derrame pericárdico em cortes torácicos. Múltiplos micronódulos em bases pulmonares provavelmente de natureza secundária, não calcificados, medindo 0,5 mm.

A biópsia hepática evidenciou metástase de carcinoma moderadamente diferenciado, infiltrando o tecido hepático. A histogênese da lesão foi compatível com carcinoma de mama. Foi considerado neoplasia de mama em estágio avançado e optado por tratamento paliativo. Não foi realizado pericardiocentese. A paciente evoluiu com piora clínica e óbito.

Discussão

O derrame pericárdico é o sinal mais comum do envolvimento neoplásico do coração. Derrame pericárdico significativo de longa duração pode ser de etiologia maligna. Butany J et al.,³ em uma análise de neoplasia maligna do coração em autópsia, observaram que a quase totalidade dos casos eram de origem metastática, sendo mais frequente no pericárdio. Derrame pericárdico hemorrágico é associado com alta probabilidade de ser metástase pericárdica.⁴ O diagnóstico de derrame pericárdico é suspeitado em exames complementares simples como o eletrocardiograma e Raio de Tórax (RX), sendo confirmado por Ecocardiograma, Tomografia Computadorizada do Tórax e Ressonância Nuclear Magnética.

Pacientes com neoplasia e doença pericárdica, não inclui apenas o envolvimento neoplásico do pericárdio. Assim, pelo menos a metade desses pacientes tem doença pericárdica não maligna, com pericardite por irradiação, pericardite induzida por quimioterapia (adriamicina, ciclofosfamida), infecção, hipotireoidismo, doença autoimune e derrame pericárdico crônico idiopático.⁵

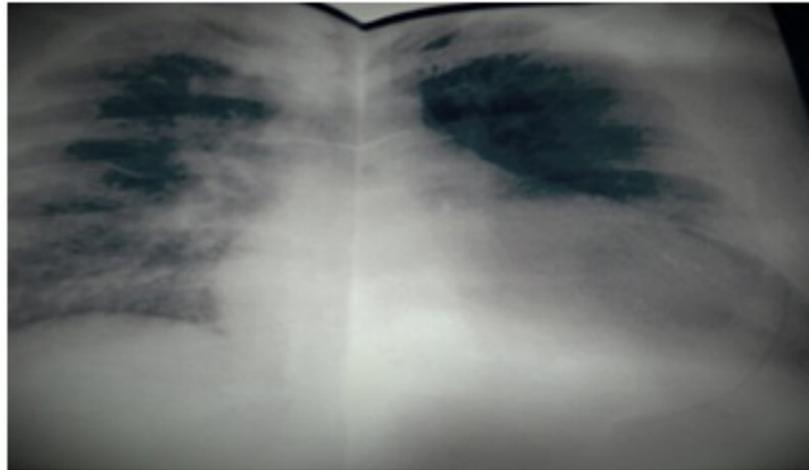


Figura 1 – Raio X de tórax em PA: Cardiomegalia 3/4+.



Figura 2 – Ventrículo esquerdo. Corte paraesternal longitudinal. Importante derrame pericárdico (20 mm de separação dos folhetos do pericárdio).

Os envoltimentos neoplásicos metastáticos do pericárdio mais frequentes, são neoplasia de pulmão, mama, linfomas, leucemias e melanoma.⁶ O diagnóstico de certeza que o envolvimento de pericárdio é neoplásico é feito pelo pericardiocentese com estudo citológico do fluido pericárdico e pela biópsia do pericárdio. A pericardiocentese guiada pelo ecocardiograma ou radioscopia, é seguro e eficiente com tratamento inicial do derrame pericárdico com tamponamento.⁷

A doença neoplásica do pericárdio pode levar a tamponamento cardíaco em até 46% dos pacientes, em algumas casuísticas, o que a coloca entre as principais causas de tamponamento cardíaco. Em 34 a 50 % dos casos, o tamponamento cardíaco pode ser o quadro clínico inicial da neoplasia.⁴ Petcu et al.,⁷ encontraram derrame pericárdico maligno com tamponamento em 40,7% na casuísta estudada.

O derrame pericárdico com tamponamento cardíaco agudo se manifesta com sinais de baixo débito cardíaco e congestão venosa: dispneia, pressão venosa elevada, sinal de Kussmaul, pulso paradoxal, hipotensão arterial, com ou sem dor torácica associada. O eletrocardiograma apresenta baixa voltagem e alternância elétrica, o RX de tórax exhibe cardiomegalia de aspecto de “coração em moringa”, e o diagnóstico de certeza é feito pela angiotomografia e pelo ecocardiograma que mostra o derrame pericárdico geralmente importante, com sinais de tamponamento cardíaco ou seja com sinais de restrição diastólica: colapso diastólico do átrio direito e/ou do ventrículo direito e diminuição do fluxo mitral durante a inspiração superior a 40 % no estudo Doppler. A confirmação que a causa é neoplásica é feito pela pericardiocentese com estudo citológico e biópsia pericárdica, sendo que a dosagem

Relato de Caso



Figura 3 – Imagem apical de 4 câmaras. Colapso diastólico do átrio direito.

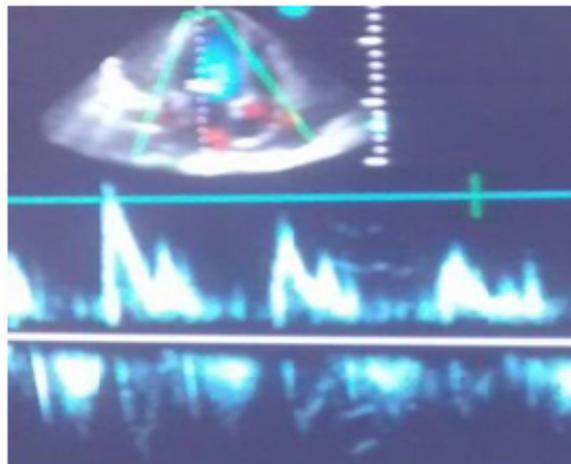


Figura 4 – Doppler. Diminuição das velocidades do fluxo mitral na inspiração.

de marcadores séricos tumorais, como o CEA, CA 19-9, CA 72-4, SCC e NSE, auxiliam no diagnóstico de tumores metastáticos de mama para o pericárdio.^{8,9}

O tratamento do derrame pericárdico neoplásico depende de dados de tamponamento agudo, clínicos ou ecocardiográficos. Na ausência de quadro clínico ou ecocardiográfico de tamponamento cardíaco, o tratamento é conservador,⁹ com a reposição hídrica, analgésico para dor torácica e corticoide para reduzir o derrame pericárdico. Nos casos de tamponamento pericárdico às opções incluem a pericardiocentese, a janela pericárdica percutânea com balão ou cirúrgica, e a pericardiectomia parcial que é indicada em casos de recidivas da neoplasia ou nos casos de constrição pericárdica. Assim o tratamento do derrame pericárdico maligno deve ser individualizado, levando-se em consideração o estado clínico do paciente, o tipo de tumor, as taxas de sucesso e a disponibilidade e os riscos das diversas modalidades terapêuticas.⁹

No caso relatado a paciente era portadora de neoplasia de mama em estágio avançado com múltiplas metástases, e um grande derrame pericárdico de provável origem metastática. Foi optado por tratamento paliativo. Não foi realizada a pericardiocentese.

A pericardiocentese pode confirmar a etiologia neoplásica e até contribuir a aumentar a sobrevivência, pois o envolvimento neoplásico do pericárdio, principalmente nos casos de derrame com tamponamento, piora ainda mais o prognóstico, com acréscimos em termos de morbimortalidade.⁶

Desta forma, conclui-se que em pacientes portadores de neoplasia com sinais e/ou sintomas de insuficiência cardíaca e/ou cardiomegalia no RX de tórax, deve-se suspeitar de envolvimento neoplásico do pericárdio.

A ecocardiografia pode diagnosticar o derrame pericárdico e auxiliar na decisão clínica de condutas terapêuticas como a pericardiocentese com estudo citológico e a biópsia

pericárdica, que podem esclarecer a etiologia neoplásica e melhorar a sobrevida desses pacientes.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Miranda MJL, Muniz PG, Moraes RF; Obtenção de dados: Miranda MJL, Muniz PG, Moraes RF; Análise e interpretação dos dados: Miranda MJL; Redação do manuscrito: Miranda MJL; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Miranda MJL.

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

Não há vinculação deste estudo a programas de pós-graduação.

Referências

1. Morcerf, Fernando A. P. Ecocardiografia uni-bidimensional, transesofágica e Doppler. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter;1996.
2. Del Castillo JM, Herszkowicz N. Ecocardiografia na prática clínica:problemas e soluções.São Paulo : Editora Atheneu; 2011.
3. Butany J, Leong SW, Carmichael K, Kameda M. A 30 year analysis of cardiac neoplasia at autopsy. *Can J Cardiol.* 2005;21(8):675-80.
4. Klatt E C, Heitz D R. Cardiac metastasis. *Cancer.*1990;65(6):1456-9.
5. De Le pena BSG, Alvarez E P, Rego JOC, Gutierrez LBR, Artiles IG, Cruz AV. Severe pericardial effusion secondy to metastatic infiltration from infiltrating intraductal carcinoma of breast. *Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc.* 2010;16(2):187-91.
6. Soufen HN, Fernandes F, Ianni BM, Arteaga E, Gutierrez OS, Pego-Fernandes P, et al. Doença neoplásica do pericárdio. *Arq Bras Cardiol.*1999;72(1):51-4.
7. Pectu DP, Pectu C, Popescu CF, Bataiosu C, Alexandre D. Clinical and cytological correlations in pericárdial effusions with cardiac tamponade. *Rom J Morphol Embriol.* 2009;50(2):251-6.
8. Karatolios K, Pankuweit S, Maisch B. Diagnostic value of biochemical biomarkers in malignant and non-malignant pericardial effusion. *Heart Fail Rev.* 2013;18(3):337-44.
9. Cortez-Ramirez J M, Ramirez-Rodriguez M, De la Torre Murillo R, Salazar Santiago A, et al. Cancer de mama y derrame pericárdico. *Med Int Mex.* 2013;29(5):541-4.