

Metástase Cardíaca em Paciente com Tumor Carcinoide Retal

Cardiac Metastasis in Patient with Rectal Carcinoid Tumor

Iuri Shen de Lacerda¹, Priscilla Ornellas Neves², Lucianno Henrique Pereira Santos³, Joalbo Matos Andrade^{2,4}

Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, DF¹, Santa Luzia Hospital - Rede D'Or São Luiz, DF², Grupo Acreditar, Rede D'Or São Luiz, DF³, LifeScan – Medicina Diagnóstica, Brasil.⁴

Introdução

Tumores carcinoídes são tumores neuroendócrinos derivados de células enterocromafinas que são amplamente distribuídas no corpo. Por esse motivo, eles podem ser encontrados em qualquer local do corpo, mas são tradicionalmente descritos como originários do intestino anterior, médio e posterior. São relativamente incomuns, com uma incidência anual de 2,4 a 4,4 em cada 100.000 pessoas na população em geral.¹ Relatamos o caso de um paciente com tumor carcinoide retal e acometimento metastático do coração.

Relato de Caso

Homem com 51 anos de idade e histórico de sangramento retal foi encaminhado ao proctologista, sendo submetido a retossigmoidoscopia, que mostrou pólipos retais. (Figura 1) Realizou-se ressecção do pólipo e o tumor carcinoide foi diagnosticado histopatologicamente. Esses tumores compõem um grupo heterogêneo de neoplasias que são melhor administradas e obtêm melhor propedêutica com uma variedade de técnicas clínicas e de imagem. Com esse diagnóstico, o primeiro objetivo foi o estadiamento da doença, para que o paciente fosse submetido à tomografia computadorizada (TC) torácica e abdominal. O principal objetivo nesta apresentação de caso é mostrar uma forma incomum de acometimento cardíaco de um tumor neuroendócrino retal primário e o emprego de diversos estudos imageológicos para estadiar adequadamente a doença e acompanhar o paciente.

A tomografia computadorizada torácica e abdominal mostrou diversos focos de linfadenomegalia pélvica adjacente ao retossigmoido, uma única lesão hepática no lobo direito, medindo 7,6 cm, e múltiplas lesões cardíacas metastáticas, todas caracterizadas com áreas centrais de baixa atenuação após injeção intravenosa de contraste.

O estadiamento da doença neoplásica é um passo importante em pacientes com diagnóstico recente de tumor e, nesse cenário clínico, com a detecção de lesões cardíacas — um achado incomum — foram necessários outros métodos de diagnóstico

Palavras-chave

Imagem por Ressonância Magnética; Tomografia; Tumor Carcinoide; Coração; Metástase Neoplásica.

Correspondência: Iuri Shen de Lacerda •

SQSW 306, Bloco C, Apartamento 602. Postal Code 70673-433, Brasília, DF – Brasil.

E-mail: iurishen@outlook.com

Artigo recebido em 27/4/2019; revisado em 09/5/2019; aceito em 23/8/2019

DOI: 10.5935/2318-8219.20190052

por imagem para uma avaliação adequada. Com os resultados da tomografia computadorizada torácica e abdominal, o paciente foi submetido à tomografia computadorizada de emissão de fóton único (SPECT) com o emprego de octreotida, um radiotraçador análogo à somatostatina, utilizado como marcador de tumores neuroendócrinos. As lesões hepáticas e cardíacas apresentaram intenso realce após o uso de octreotida, levando ao diagnóstico de múltiplos tumores neuroendócrinos metastáticos. (Figura 2)

Realizou-se ecocardiograma e ressonância magnética cardíaca para melhor avaliar as lesões cardíacas. O paciente não apresentava sintomas cardíacos.

O ecocardiograma transtorácico mostrou função ventricular esquerda normal, valva tricúspide e estruturas subvalvares, com múltiplos tumores cardíacos sólidos e heterogêneos, com a maior lesão centrada no segmento inferior do septo interventricular, com 7,0 cm no eixo longo. (Figura 3) A ecocardiografia foi realizada principalmente para verificar a existência de lesões cardíacas e para descartar o acometimento valvar nessa doença.

A ressonância magnética (RM) cardíaca confirmou a distribuição de tumores sólidos cardíacos em todas as câmaras cardíacas, intensamente realçados após a injeção do meio de contraste. (Figura 4) A RM cardíaca é um importante método de imagem nessa situação clínica, pois pode confirmar a presença de lesões no ecocardiograma e melhor definir seu número, dimensão e localização, sendo especialmente importante no acompanhamento do paciente.

Discussão

Tumores carcinoídes são raros e de crescimento lento. Eles podem ser classificados em tumores do intestino anterior (brônquio, estômago, duodeno proximal, pâncreas), intestino médio (duodeno distal, jejuno, íleo, cólon direito) e intestino posterior (intestino grosso distal e reto). Eles raramente ocorrem em outros órgãos, como ovários, rins e próstata.²

Os carcinoídes retais são tumores tipicamente pequenos, localizados e não funcionantes, que raramente metastatizam. Eles representam 12,6% de todos os tumores carcinoídes e representam o terceiro maior grupo de carcinoídes gastrointestinais nos países ocidentais. A frequência de carcinoídes retais é maior em estudos da Coreia do Sul (48%) e Taiwan (25%) em comparação com países ocidentais.²

O diagnóstico se baseia no exame tecidual, geralmente de uma biópsia do tumor primário ou da metástase hepática. No entanto, em alguns pacientes, as tentativas de se coletar material histológico podem falhar e, nesses casos, o diagnóstico pode se basear em sintomas combinados com achados radiológicos e cintilográficos. Os receptores da

Relato de Caso

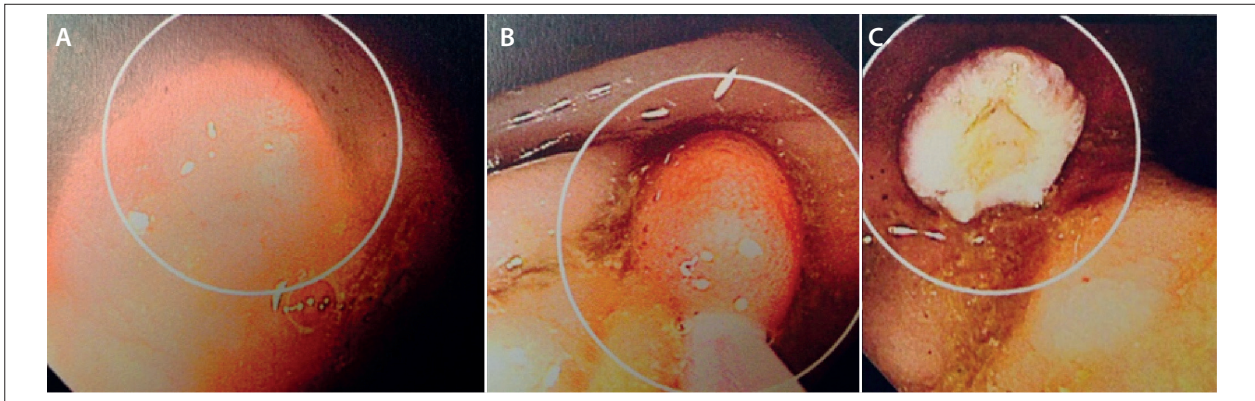


Figura 1 – Imagens endoscópicas. A e B: Lesão retal submucosa. C: Exérese da lesão.

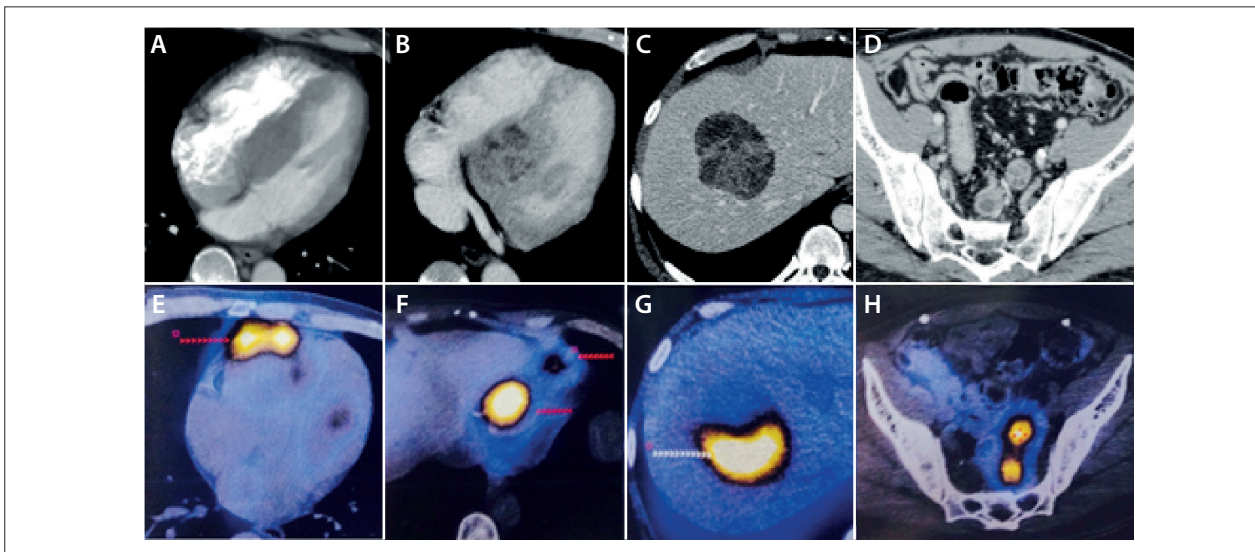


Figura 2 – TC torácica e abdominal (A–D) e SPECT-CT com octreotida (E–H). A e B: Múltiplas lesões metastáticas cardíacas. C: Lesão metastática hepática isolada. D: Linfadenomepatias pélvicas adjacentes ao reto. E e F: Lesões metastáticas cardíacas com intensa captação de octreotida. G: Lesão metastática hepática com captação intensa de octreotida. H: Linfadenopatias pélvicas com intensa captação de octreotida.

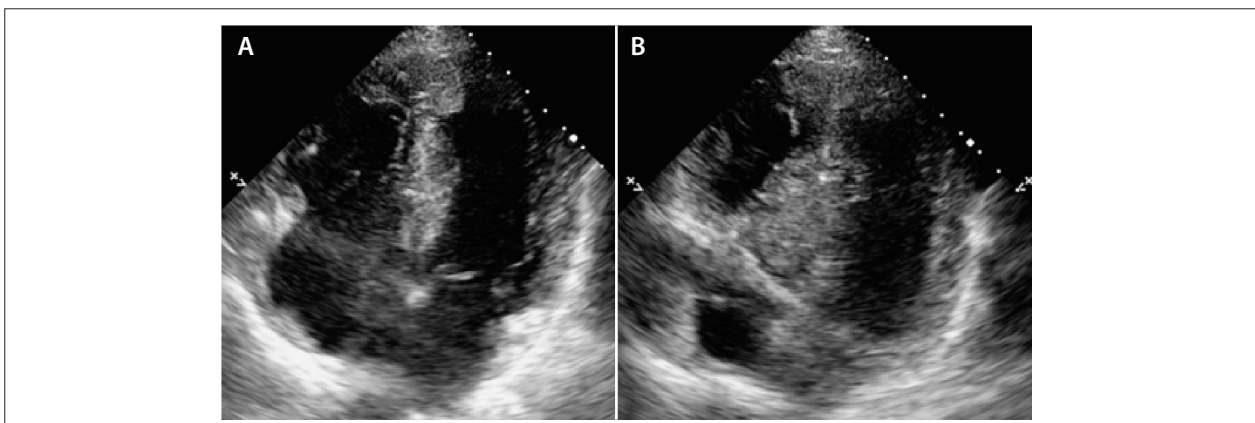


Figura 3 – Imagens ecocardiográficas. A e B: Múltiplas lesões metastáticas cardíacas ecogênicas na parede ventricular direita e nas paredes apical e septal do ventrículo esquerdo.

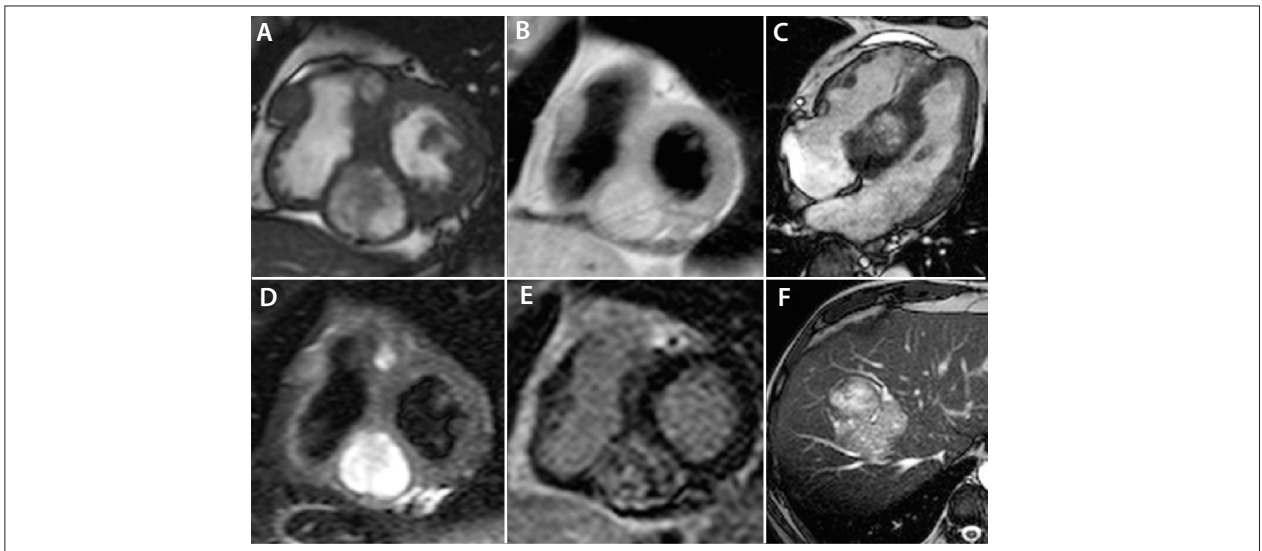


Figura 4 – Ressonância magnética. Múltiplas lesões metastáticas cardíacas (A–E). A e C: Imagens cardíacas em eixo curto e quatro câmaras em estado estacionário. B e D: Imagens cardíacas de tripla e dupla inversão-recuperação de eixo curto. E: Imagem de realce tardio cardíaco em eixo curto. F: Lesão metastática hepática isolada, imagem abdominal axial em estado estacionário.

somatostatina estão localizados nas membranas celulares dos tumores carcinóides. Os análogos da octreotida têm alta afinidade com esses receptores e a sensibilidade dessa técnica cintilográfica varia entre 80% e 90%.³

O tratamento de carcinóides retais depende do tamanho do tumor. Diretrizes de consenso sobre a conduta em casos de carcinóides retais sugerem que pequenos tumores (<1–2 cm) confinados à mucosa ou à submucosa podem ser tratados com ressecção endoscópica devido ao baixo risco de disseminação metastática.⁴ Nosso paciente foi tratado com análogos da somatostatina, tendo permanecido com doenças hepáticas e cardíacas estáveis.

Dependendo do local de origem, os tumores carcinóides podem ter a capacidade de secretar peptídeos vasoativos. A produção de serotonina (5-hidroxitriptamina) é a mais proeminente, principalmente nos tumores do intestino médio. Geralmente, apenas tumores carcinóides que invadem o fígado resultam em alterações patológicas no coração. A doença cardíaca é uma complicação tardia e ocorre em 20%–70% dos pacientes com tumores carcinóides metastáticos. As manifestações cardíacas são causadas pelos efeitos paraneoplásicos de substâncias vasoativas liberadas pelas células malignas, em vez do acometimento metastático direto do coração. Os achados patológicos característicos são placas endocárdicas de tecido fibroso que podem envolver

valva tricúspide, a valva pulmonar, as câmaras cardíacas, as veias cavas, a artéria pulmonar e o seio coronariano. Uma vez estabelecida a síndrome carcinóide, aproximadamente 50% dos pacientes desenvolvem cardiopatia carcinóide. Em muitos deles, atribui-se a causa mortis diretamente à doença cardíaca.⁴

No nosso caso, o paciente não apresentava comprometimento valvar cardíaco, nem síndrome carcinóide desde o diagnóstico. Uma revisão da literatura indica que este é o primeiro caso relatado em que o pólipó carcinóide foi diagnosticado simultaneamente com envolvimento metastático, sendo ainda mais incomum a presença de múltiplos tumores cardíacos metastáticos sólidos, sem envolvimento valvar e sem síndrome carcinóide.

Podemos concluir que o uso de múltiplas técnicas de imagem cardíaca é importante para melhor diagnosticar, estadiar e acompanhar um paciente com doença retal neoplásica incomum com envolvimento metastático do coração.

Contribuição dos autores

Obtenção de dados: Lacerda IS, Andrade JM. Análise e interpretação dos dados: Lacerda IS, Andrade JM, Neves PM, Santos LHP. Redação do manuscrito: Lacerda IS, Andrade JM. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Lacerda IS, Andrade JM, Neves PM, Santos LHP.

Referências

1. Calero Rueda MJ, Aldamiz-Echevarría G, López AA, Almaraz CS, Romero AG, Sánchez-Aquino R, et al. Cardiac metastasis in a patient with a bronchial carcinoid. *Circulation*. 2014;130:e1–e3.
2. Datta S, Williams N, Suortamo S, Mahmood A, Oliver C, Hedley N, et al. Carcinoid syndrome from small bowel endocrine carcinoma in the absence of hepatic metastasis. *Age Ageing*. 2011;40(6):760–2.
3. Pellikka PA, Tajik AJ, Khandheria BK, Seward JB, Callahan JA, Pitot HC, et al. Carcinoid heart disease. Clinical and echocardiographic spectrum in 74 patients. *Circulation*. 1993;87(4):1188–96.
4. Anthony LB, Strosberg JR, Klimstra PDS, Maples WJ, Dorisio TMO, Warner RR, et al. North American Neuroendocrine Tumor Society (NANETS). The NANETS Consensus Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastrointestinal neuroendocrine tumors (nets): well-differentiated nets of the distal colon and rectum. *Pancreas*. 2010;39(6):767–74.