

Metástase Cardíaca no Carcinoma Brônquico

Adriana de Oliveira Siqueira¹, Angela Maria B. Davis²,
João Mansur Filho³, Marco Antônio P. Andrade¹ e Solange Teixeira¹

Introdução

O carcinoma brônquico frequentemente evolui com metástases para o sistema nervoso central, ossos, fígados e supra-renais¹. A metástase cardíaca não é uma apresentação comum. As manifestações clínicas são variadas e determinadas principalmente pela localização do implante tumoral no coração. O pulmão e a pleura são os sítios primários em 37,3% dos pacientes², sendo o adenocarcinoma (pulmonar) o tipo histológico mais representativo.

Objetivo

O objetivo dessa apresentação é alertar o médico para a possibilidade de metástase cardíaca no carcinoma brônquico, além de demonstrar a importância da participação dos exames complementares - nesse caso o ecocardiograma - no diagnóstico dessa enfermidade.

Relato do Caso

A.T.P., negro, 65 anos, casado, aposentado (comerciante), natural de Campos, RJ

Em dezembro de 1994 apresentou alguns episódios de hemoptóico, febre baixa e dispnéia aos médios esforços. Procurou o serviço de Pneumologia do HSE, em março de 1995, para esclarecimento diagnóstico. O paciente era portador de asma brônquica e negava tabagismo.

O exame físico nada revelou de significativo. A radiografia de tórax demonstrou uma opacidade em lobo médio e em lobo inferior direito. A gasometria arterial apresentava os seguintes parâmetros: pH=7,4; PO₂= 83 mmHg; PCO₂ = 37 mmHg; saturação=96,5%. O hemograma, a bioquímica e eletrólitos, EAS e EPF não apresentavam anormalidades. Foi submetido à broncoscopia flexível, que de-

monstrou: infiltração da mucosa em brônquio intermediário, com diminuição de sua luz. Foram feitos aspirado, escovado e biópsia brônquica nessa mucosa. A pesquisa direta de BAAR e a cultura para BK do aspirado foram negativos para malignidade. Concedida alta hospitalar, recebeu acompanhamento ambulatorial.

Em maio de 1995, foi novamente internado, apresentando dispnéia aos leves esforços e taquicardia. O eletrocardiograma revelou fibrilação atrial aguda e BRD 3º grau. Houve reversão do quadro com amiodarona venosa. O paciente permaneceu utilizando amiodarona oral.

O hemograma indicou leucocitose discreta com desvio, também discreto, para a esquerda: HTC= 34%; Hg = 11,9 g/dl; bioquímica, dosagem de T₃, T₄ e TSH, EAS e EPF dentro dos padrões de normalidade. Gasometria arterial: pH= 7,4; PO₂ = 82 mmHg;

1. Médicos residentes do Serviço de Pneumologia do HSE - Inamps - RJ

2. Médica do Serviço de Pneumologia do HSE - Inamps - RJ

3. Médico do Serviço de Cardiologia do HSE - Inamps - RJ

PCO₂ = 36,7 mmHg. Apresentou dois outros episódios de arritmia que também revertiram com amiodarona venosa.

Submetido novamente à broncoscopia flexível, observou-se edema em carina principal; carina secundária entre o brônquio para o lobo superior direito e o brônquio para o lobo inferior direito alargada, havendo massa de aspecto tumoral obstruindo quase completamente a luz do brônquio intermediário. Feitos aspirado, escovado e biópsia dessa massa.

O escovado demonstrou a presença de carcinoma epidermóide. A tomografia computadorizada do tórax revelou atelectasia de lobo médio, adenomegalia mediastinal e hilar à direita, derrame pleural à direita, supra-renais e fígado sem evidências de metástase; a massa de aspecto tumoral, à nível de lobo médio, se expandia aos átrios (figura 1). Foi submetido a duas toracocenteses com biópsia de pleura, porém não foi possível confirmar o implante metastático em pleura. O ecocardiograma bidimensional revelou derrame pericárdico leve e a presença de massa heterogênea em porção inferior de ambos os átrios, principalmente o esquerdo (figura 2).

O ecocardiograma transesofágico confirmou os achados já descritos. Isso reforçou a nossa hipótese de que a arritmia desenvolvida pelo paciente fosse

secundária à invasão tumoral do coração.

Segundo o estadiamento anatômico (classificação TNM), o paciente apresentava-se no estágio IIIB, o que tornava a abordagem cirúrgica contraindicada. Por problemas técnicos não foi possível realizar a cintilografia óssea, a fim de afastarmos a hipótese de metástase.

A opção de tratamento se restringiu à radioterapia abrangendo a massa tumoral e o mediastino. O paciente evoluiu com estabilização do quadro clínico, recebendo alta hospitalar.

Em agosto de 1995 apresentou quadro clínico de insuficiência respiratória aguda, evoluindo para o óbito.

Discussão do Caso

As metástases cardíacas do carcinoma brônquico não são comumente diagnosticadas antes do óbito do paciente. Alguns estudos demonstram que em apenas 18% dos casos é feito o diagnóstico, principalmente devido ao desenvolvimento de quadro clínico compatível com insuficiência cardíaca congestiva, ou aumento da área cardíaca na radiografia de tórax, ou ao aparecimento de pulso paradoxal³.

As metástases cardíacas podem ocorrer em todos os tipos de neoplasia. O pulmão e pleura são os sítios primários em 37,3%

dos pacientes, seguidos pelo linfoma, neoplasia da mama e esôfago². Dos carcinomas brônquicos, o adenocarcinoma é o tipo histológico mais frequente, seguido pelo epidermóide, pequenas células e grandes células.

A disseminação das células neoplásicas pode ocorrer através da via linfática (via mais importante), hematogênica, ou por contiguidade.

Os sintomas mais frequentemente encontrados estão relacionados ao carcinoma brônquico, estando a dispnéia presente na maioria dos pacientes, seguida por tosse, dor torácica, emagrecimento e hemoptóico. As manifestações clínicas das metástases cardíacas podem resultar do envolvimento pericárdico (forma mais comum), com consequente derrame pericárdico; a evolução para tamponamento cardíaco ocorre em 37% dos casos^{5,7}. O miocárdio, os vasos coronários, o sistema de condução (NSA) também podem ser envolvidos.

A arritmia mais frequente é a taquicardia supra-ventricular⁶. A hipoxia, distúrbios eletrolíticos e a anemia são fatores também atuantes na patogênese das arritmias. No entanto, as arritmias atriais podem ocorrer apenas como resultado do envolvimento do sistema nervoso autônomo ou por invasão das artérias coronárias que nutrem os átrios. O plano diagnóstico é iniciado com os exames complementares de rotina, sendo o ecocardiograma

bidimensional com *doppler* e/ou ecocardiograma transesofágico os de maior importância³. Havendo derrame pericárdico, a pericardiocentese deve ser considerada. Em 73% dos casos o líquido é sanguinolento, variando o volume de 300 a 900 ml. A presença de células neoplásicas ocorre em 86% dos casos.

Dependendo do tipo histológico da neoplasia primária,

pode-se instituir a radioterapia e/ou quimioterapia. Em cerca de 60% dos pacientes submetidos à radioterapia ocorre melhora da sintomatologia, havendo intervalo médio de quatro meses até a recorrência do derrame pericárdico².

Instilações intrapericárdicas de agentes antineoplásicos ou esclerosantes (tetraciclina) estão em estudo⁷.

Conclusão

As metástases cardíacas representam uma fonte importante de morbidade e mortalidade. Apesar dos sintomas inespecíficos, a suspeita diagnóstica é fundamental para que se ofereça ao paciente a possibilidade de uma qualidade de vida melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FISHMAN, A.P. - História Natural e Quadro Clínico do Carcinoma de Pulmão. *Diagnóstico das Doenças Pulmonares*. 123:1991-2003.1992.
2. KLATT, E.C.; HEITZ, A.R. - Cardiac Metastases in Lung Cancer. 65: 1456-1459.1990.
3. STRAUSS, et al. - Cardiac Meastase in Lung Cancer. *Chest*. 71:607-611.1977
4. AQQARMAL, P.; WOLLI, J.P. - Extracardiac Malignancy presenting as Cardiac Tamponade. *Japan Herat Journal*. 32(3):397-4702.1991.
5. OKAMOTO, H.; SHINKAI, J.; YAMAKIDO, M.; SAIJO, N. - Cardiac Tamponed caused by Primary Lung Cancer and the Management of Pericardial Effusion. *Cancer*.71:93-97.1993.
6. TAMURA, A. et al. - Cardiac Metastases of Lung Cancer. *Cancer*. 70:437-442.1992.
7. WEG, I.L. et al. - Cardiac Metastases from Adenocarcinoma of the Lung. *Ecocardiographic - Pathologic Correlation*. *The American Journal of Medicine*. 80:108-111.1986.
8. CHAM, W.C. et al. - Radiation Therapy of Cardiac and Pericardial Metastases. *Therapeutic Radiology*. 114:701-704.1975.

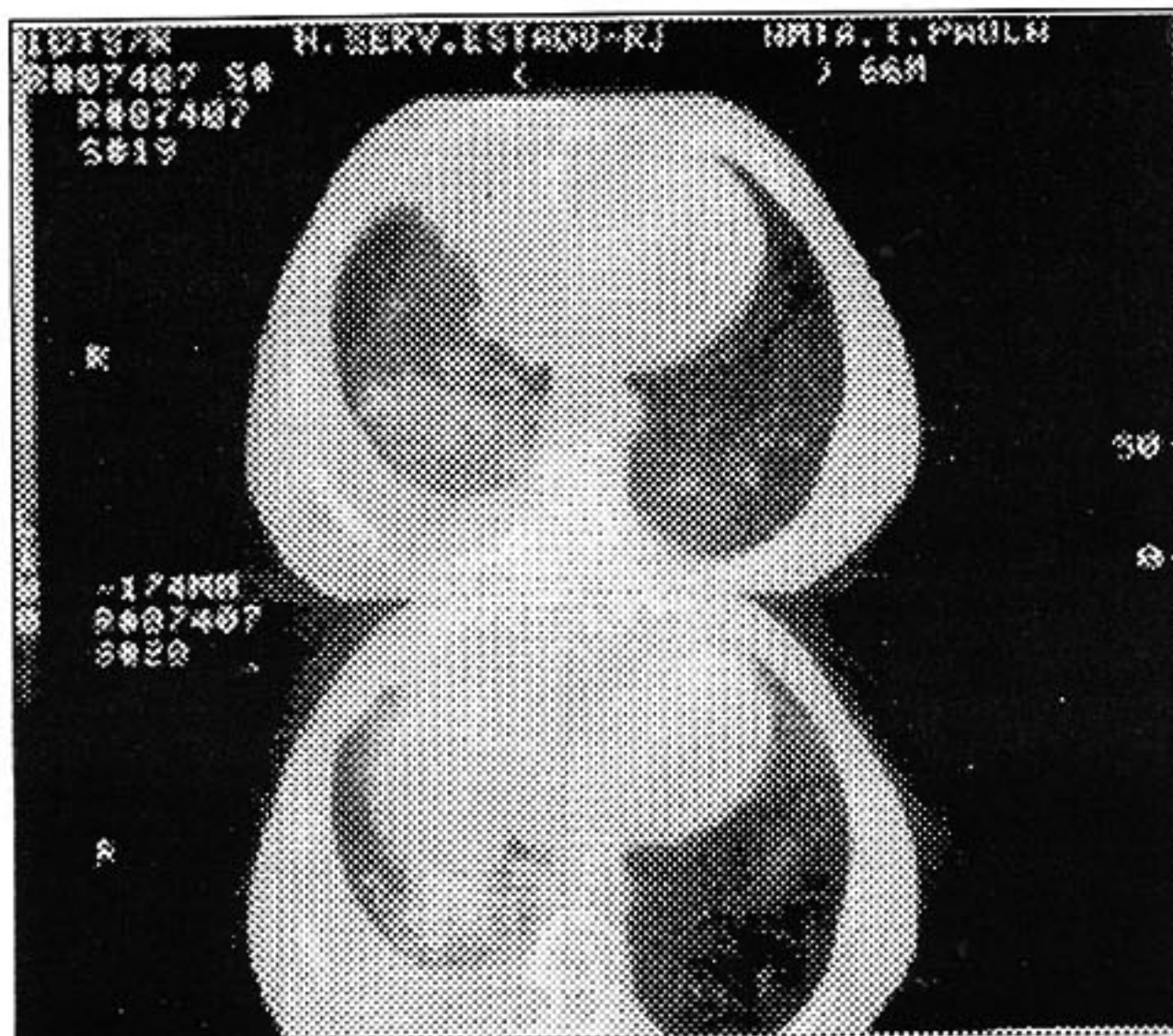


Figura 1: A tomografia computadorizada de tórax mostra atelectasia de lobo médio e derrame pleural à direita.

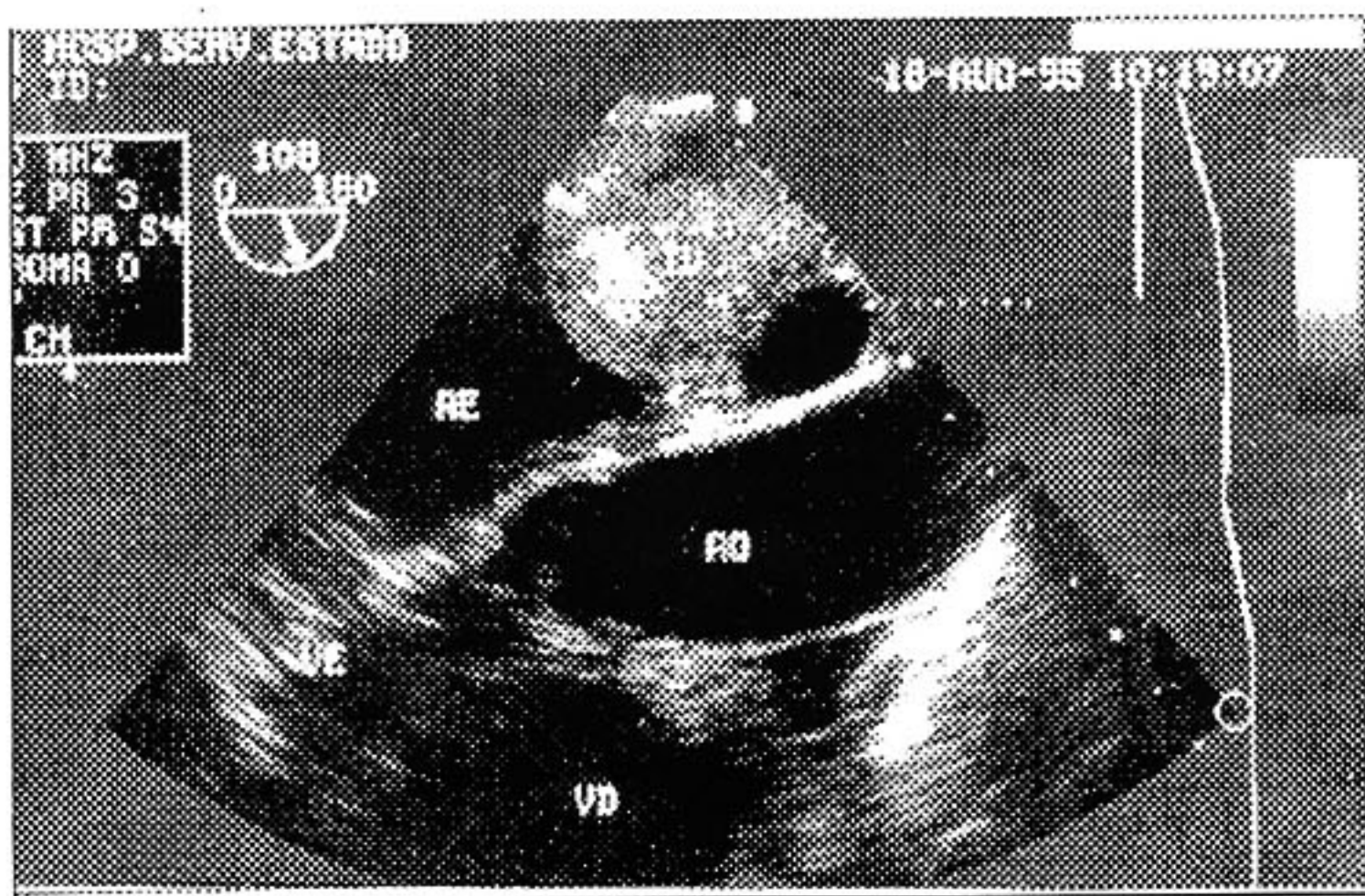


Figura 2: O ecocardiograma bidimensional mostra massa tumoral em porção inferior de ambos os átrios.
AD: átrio direito; AE: átrio esquerdo; TU: massa tumoral