



Derrame pericárdico neoplásico

Walter Roriz(*)

Palavras-chaves: Derrame pericárdico, derrame maligno

Key-words: Pericardial effusion, malignant effusion

O comprometimento metastático do coração e/ou pericárdio é observado em 10 a 20% em necropsias de pacientes com neoplasias malignas^(1,2,3); é com freqüência um evento pré-terminal. O comprometimento do pericárdio pode ocorrer por extensão direta do tumor e por disseminação linfática ou hematogênica^(4,5). As neoplasias malignas que com maior freqüência apresentam derrame pericárdico são aquelas em que há invasão dos linfáticos mediastinais e obstruem o fluxo linfático do pericárdio; os carcinomas de pulmão (principalmente o adenocarcinoma), mama e as doenças hematológicas malignas são responsáveis por 75% de todos os casos de derrame pericárdico neoplásico⁽⁴⁾. No melanoma maligno o pericárdio está comprometido em até 50% dos casos⁽⁴⁾.

O quadro clínico varia desde a ausência de sintomas até o tamponamento cardíaco, e depende da velocidade de acúmulo do líquido e da complacência do pericárdio. Quando o derrame aumenta a resistência ao enchimento diastólico do ventrículo direito provocando queda do débito cardíaco, surgem os sintomas de dispnéia inicialmente ao esforço e a seguir em repouso, ortopnéia, dor torácica e agitação.

Diagnóstico

Nos casos de tamponamento cardíaco o exame clínico é bastante sugestivo para o diagnóstico,

com estase venosa cervical e quadro de baixo débito cardíaco (vasoconstricção periférica, extremidades frias, sudorese, enchimento capilar lento). A hipotensão arterial sistólica e a presença de pulso paradoxal (maior do que 10mmHg) são proporcionais à intensidade do tamponamento cardíaco⁽⁶⁾. O *ictus cordis* pode ser pouco palpável e haver abafamento das bulhas cardíacas. O eletrocardiograma pode revelar baixa voltagem do complexo QRS, alternância elétrica ou fibrilação atrial^(4,7). A radiografia de tórax em PA mostra a clássica imagem de "coração em moringa" nos grandes derrames; nos derrames pouco volumosos o Rx pouco auxilia⁽⁸⁾. O ecocardiograma avalia a presença e distribuição do líquido pericárdico e permite a sua quantificação⁽⁹⁾. A tomografia computadorizada do tórax é útil em derrames de pequeno volume e para diagnóstico de massas intrapericárdicas⁽¹⁰⁾. A experiência com a ressonância nuclear magnética para diagnóstico dos derrames pericárdicos ainda é limitada⁽¹¹⁾.

Em casos de extrema urgência, na impossibilidade de usar um desses exames, pode-se empregar a pericardiocentese exploradora por via subxifoidiana, sob anestesia local⁽¹²⁾. Também a pericardiotomia por via subxifoidiana realizada sob anestesia geral, tem sido utilizada para o diagnóstico⁽¹³⁾. Com esse acesso cirúrgico é possível realizar também uma inspeção da cavidade pericárdica com broncoscópico rígido ou flexível, ou com o mediastinoscópico, permitindo a biópsia de nódulos nos recessos da cavidade⁽¹⁴⁾. A confirmação cito-histológica de malignidade deve ser realizada no líquido pericárdico e nos fragmentos de biópsia do pericárdio ou de massas intrapericárdicas.

(*) Cirurgião de Tórax do Instituto Nacional do Câncer - RJ; Membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões; Título de especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica; Livre Docente da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Coordenador da Comissão de Câncer de Pulmão da SBPT.

Artigo recebido para publicação no dia 20/03/1999 e aceito no dia 10/05/1999, após revisão.

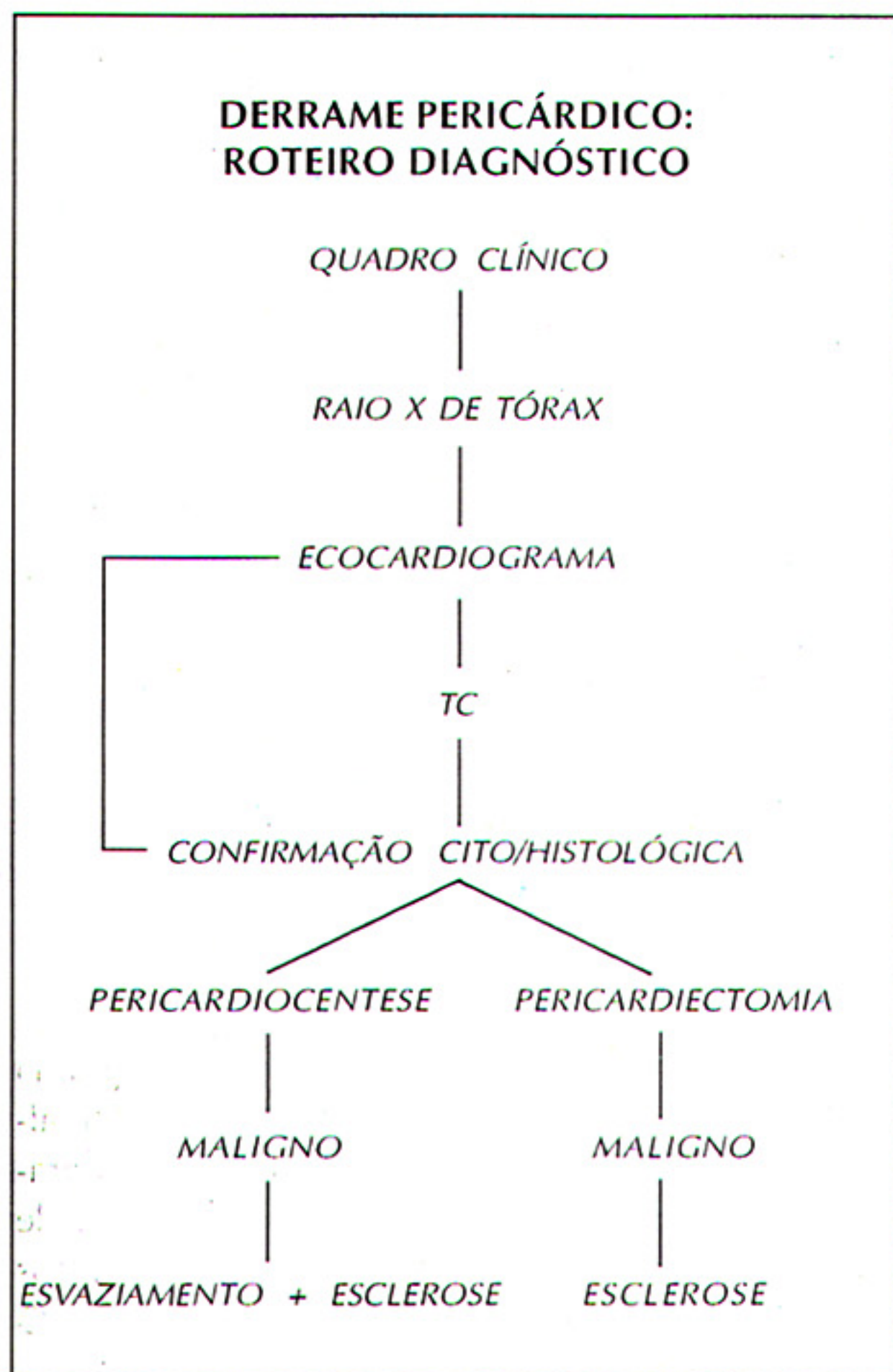


Figura 1

A positividade da citologia nos derrames neoplásicos varia de 66,7% a 78%, com uma correlação positiva com a histologia do tumor de até 100%^(15,16).

Tratamento

O derrame pericárdico deve ser tratado com a finalidade de esvaziar o líquido e evitar sua recidiva. Os métodos usados para tratar o derrame pericárdico incluem:

1. pericardiocentese - alivia a sintomatologia, mas tem alta incidência de recidiva⁽¹⁷⁾.
2. drenagem percutânea com cateter⁽¹⁸⁾ colocado por via subxifóide; após o esvaziamento do derrame, é realizada a injeção intrapericárdica de substância irritantes, com a finalidade de provocar pericardiodesse (tetraciclina, quimioterápicos). O cateter é retirado quando a drenagem for inferior a 50 ml/24 horas.
3. confecção de janela pericárdica por via subxifóide⁽¹⁹⁾, transpleural⁽²⁰⁾ ou com toracoscopia vídeo-assistida^(14,21) pode ser associada à pericardioscopia e à pericardiodesse com as mesmas substâncias ou com talco⁽²²⁾.
4. drenagem pericárdica percutânea com uso de balão⁽²³⁾.

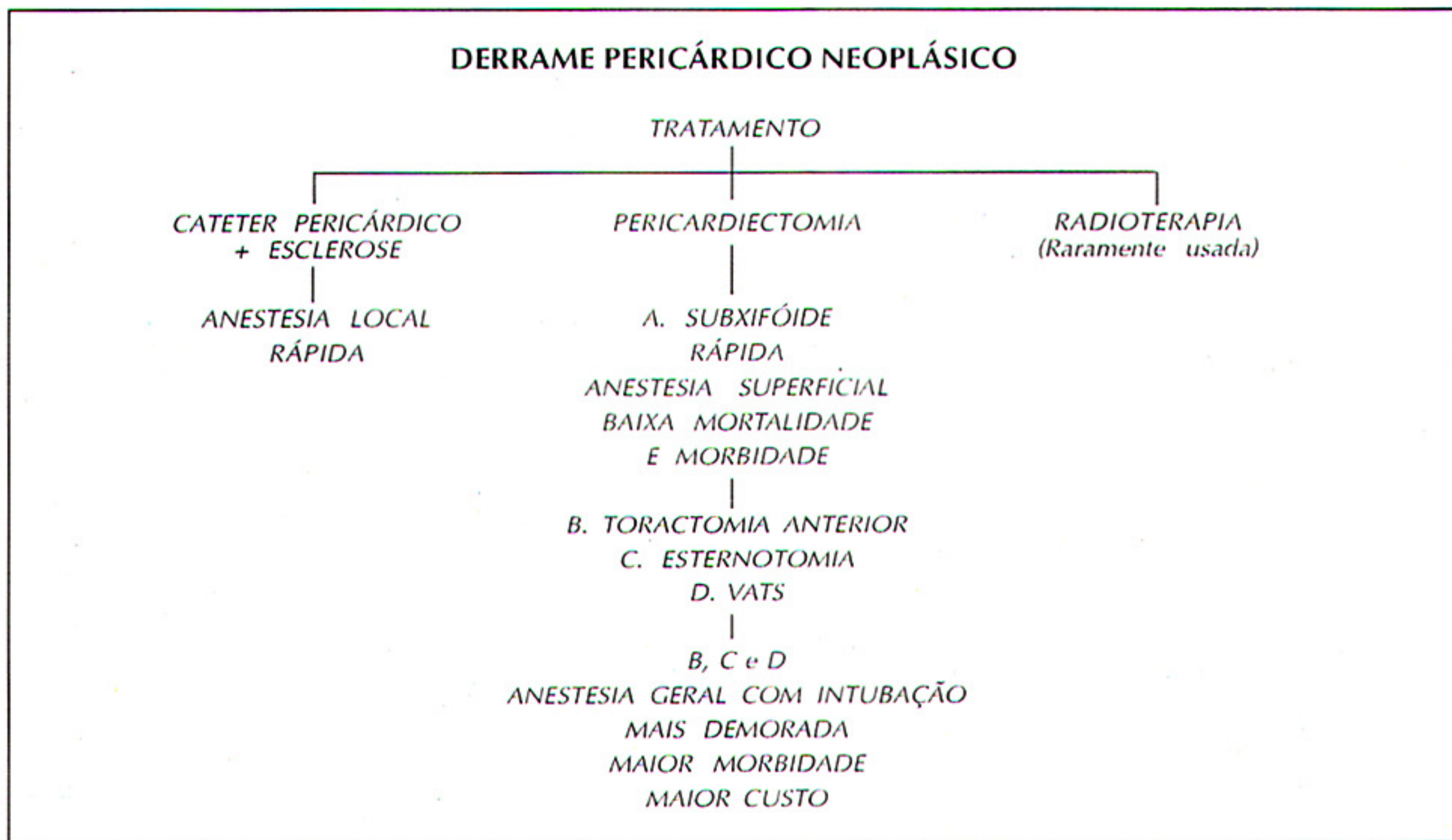


Figura 2

5. criação cirúrgica de uma comunicação entre o pericárdio e a cavidade peritoneal, diretamente⁽²⁴⁾ ou com uso de uma prótese⁽²⁵⁾.

A sobrevivência de paciente depende do grau de extensão da doença, do tipo histológico do tumor primário e da resposta deste aos tratamentos quimioterápico e/ou radioterápico; em casos favoráveis pode-se esperar sobrevivência a 36 meses; a sobrevivência mediana é de 3 a 4 meses, sendo maior quando a citologia do líquido pericárdico é negativa⁽²⁶⁾.

O índice de recidiva varia de 3 a 10% na literatura^(27,28).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mukai K, Shinkai T, Tominaga K, et al. The incidence of secondary tumors of the heart and pericardium: a 10-year study. *Jpn J Clin Oncol* 1988; 18: 195-201.
- Abraham KP, Reddy V and Gattuso P. Neoplasms metastatic to the heart: review of 3314 consecutive autopsies. *Am J Cardiovasc Pathol* 1990; 195-198.
- Manojlovic S. Metastatic carcinomas involving the heart. Review of postmortem examination. *Zentralbl Allg Pathol* 1990; 136:657-661.
- Hancock E. W. Neoplastic pericardial disease. *Cardiol Clin* 1990; 8:673-682.
- Olopade OI, Ultimann JE. Malignant effusions. *CA - Cancer J Clin* 1991; 41:166-179.
- Tamura A, Matsubara O, Yoshimura N et al. Cardiac metastasis of lung cancer; a study of metastatic pathways and clinical manifestations. *Cancer* 1992; 70: 437-442.
- Krisanda TJ. Atrial fibrillation with cardiac tamponade at the initial manifestation of malignant pericarditis. *Am J Emerg Med* 1990; 8: 531-533.
- Eisenberg MJ, Dunn MM, Kanth N et al. Diagnostic value of chest radiography for pericardial effusion. *J Am Coll Cardiol* 1993; 22: 588-597.
- Lopez JM, Delgado JI, Tovar E et al. Massive pericardial effusion produced by extracardiac malignant neoplasms. *Arch Intern Med* 1983; 143: 1981-1816.
- Glaser GM, Gross GH, Orringer MB et al. Computed tomography of pericardial masses: further observations and comparisons with echocardiography. *J Comput Assist Tomog* 1984; 8: 895-899.
- Kastler B, Germain P, Dietemann JL, Sacrez A et al. Spin echo MRI in the evaluation of pericardial disease. *Comput Med Imaging Graph* 1990; 14: 241-247.
- Carvalho WR. Tumores de coração e pericárdio. In Vinhães JC, ed. *Clínica e Terapêutica Cirúrgicas*, Rio, Guanabara Koogan 1997; 1036-1038.
- Van Trigt P, Douglas J, Smith PK et al. A prospective trial of subxiphoid pericardiotomy in the diagnosis and treatment of large pericardial effusion. A follow-up report. *An Surg* 1993; 218: 777-782.
- Millaire A, Wurtz A, de Groote P et al. Malignant pericardial effusions: usefulness of pericardioscopy. *Am Heart J* 1992; 124: 1030-1034.
- Wiener HG, Kristensen IB, Haubek A, et al. The diagnostic value of pericardial cytology: an analysis of 95 cases. *Acta Cytol* 1991; 35: 149-153.
- Davis S, Rambotti P, Grignani F. Intrapericardial tetracycline sclerosis in the treatment of malignant pericardial effusion: an analysis of thirty-three cases. *J Clin Oncol* 1984; 2: 631-636.
- Little AG, Kremser PC, Wade JL, et al. Operation for diagnosis and treatment of pericardial effusions. *Surgery* 1984; 96: 738-744.
- Patel AK, Kosolcharoen PK, Nallasivan M et al. Catheter drainage of the pericardium. Practical method to maintain long-term patency. *Chest* 1987; 92: 1018-1021.
- Park JS, Rentschler R, Wilbur D Surgical management of pericardial effusion in patients with malignancies. Comparison of subxiphoid window versus pericardiectomy. *Cancer* 1991; 67: 76-80.
- Olsen PS, Sorensen C, Andersen HO. Surgical treatment of large pericardial effusions. Etiology and long-term survival. *Eur J Cardiothorac Surg* 1991; 5: 430-432.
- Hazelrigg SR, Mack MJ, Landreneau RJ, et al. Thoracoscopic pericardiectomy for effusive pericardial disease. *Ann Thorac Surg* 1993; 56: 792-795.
- Chan A, Rischlin D, Clarke CP, et al. Subxiphoid partial pericardiectomy with and without sclerosant instillation in the treatment of symptomatic pericardial effusions in patients with malignancy. *Cancer* 1991; 68: 1021-1025.
- Ziskind AA, Pearce AC, Lemmon CC, et al. Percutaneous balloon pericardiotomy for the treatment of cardiac tamponade and large pericardial effusions: descriptions of technique and report of the first 50 cases. *J Am Coll Cardiol* 1993; 21: 1-5.
- Ancalmo N, Ochsner JL. Pericardioperitoneal window. *Ann Thorac Surg* 1993; 55: 541-542.
- Molnar TF, Jeyasingham K. Pericardioperitoneal shunt for persistent pericardial effusions: a new drainage procedure. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 569-570.
- Moores DWO, Allen KB, Faber LP et al. Subxiphoid pericardial drainage for pericardial tamponade. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 109: 546-552.
- Mills SA, Julian S, Holliday PAC et al. Subxiphoid pericardial window for pericardial effusive disease. *J Cardiovasc Surg* 1989; 5: 768-773.
- Girard LN, Ginsberg RJ, Burt ME. Pericardiocentesis and intrapericardial sclerosis: effective therapy for malignant pericardial effusions. *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 1422-1428.