

IMAGENS EM CARDIOLOGIA

Linfoma cardíaco primitivo em doente imunocomprometido

Primary cardiac lymphoma in an immunocompromised patient

Bruno Tereno Valente*, R. M. Soares, Lídia Sousa, Filipa Ferreira, João Pedro Lopes, Alexandra Toste, Hamad Hamad, Luísa Branco, Rui Cruz Ferrreira

Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Marta, Lisboa, Portugal

Recebido a 26 de novembro de 2010; aceite a 18 de janeiro de 2011

Caso clínico

Reportamos o caso de um doente de 31 anos, sexo masculino, fumador, com internamento prévio em Serviço de Medicina por pancreatite necro-hemorrágica alitiásica. Reinternado um mês após alta por queixas de cansaço fácil para pequenos esforços, dispneia de esforço, ortopneia, astenia, suores nocturnos e emagrecimento (6 kg num mês - 10% do peso total). Foi transferido para o nosso serviço com diagnóstico de derrame pericárdico com tamponamento cardíaco e pancreatite necro-hemorrágica alitiásica.

À chegada ao SU o doente apresentava-se taquípneico (FR-22cpm) com TA-96/60 mmHg, FC-120 bpm, ingurgitamento jugular total a 30° e hepatoesplenomegalia.

AC-S1 e S2 com intensidade diminuída, AP-MV presente bilateralmente contudo diminuído na base direita, ECG em ritmo sinusal com frequência de 125 bpm, má progressão da onda R nas derivações precordiais.

O ecocardiograma transtorácico realizado no hospital de origem revelou volumoso derrame pericárdico, massa de 12x16 mm aderente ao tecto da aurícula direita (AD) e colapso diastólico do ventrículo direito (VD) mantendo função biventricular preservada (fig. 1).

A TAC toraco-abdominal evidenciou área hipodensa com cerca de 3 cm de maior diâmetro sugestiva de pancreatite com componente necrótico envolvendo a cauda do pâncreas,

bem como derrame pericárdico e pleural bilateral de moderada expressão à direita.

Foi realizada pericardiocentese com drenagem de 3100 cc de líquido seroso. Ao segundo dia o dreno pericárdico não se encontrava funcionando apesar de manter volumoso derrame pericárdico com sinais de tamponamento, tendo por isso o doente sido transferido para a nossa unidade.

À chegada ao nosso Hospital foi realizado ETE que mostrou importante espessamento do septo interauricular (13-15 mm), do tecto e parede livre da AD bem como uma massa arredondada, não móvel, aderente e não obstrutiva no tecto da AD (13 × 12 mm). Derrame pericárdico moderado com esboço de colapso diastólico do ventrículo direito. Restante avaliação ecocardiográfica sem alterações relevantes. No contexto de pancreatite necro-hemorrágica, interpretaram-se as imagens descritas na AD / septo interauricular como sendo de etiologia infiltrativa ou hemorrágica (hematoma intra-mural da AD/septo) (figs. 2, 3 e 4).

Analicamente à entrada no nosso hospital apresentava Hemoglobina de 11,1 g/L, Leucócitos de $6,51 \times 10^9/L$ com 74,9% de neutrófilos e 13,2% de linfócitos, PCR-15,47 mg/dL, creatinina de 1,0 mg/dL, bilirrubina total de 0,8 mg/dL, bilirrubina directa de 0,2 mg/dL, triglicéridos-230 mg/dL, LDH-4954 U/L, amilase pancreática de 34 U/L, NT-proBNP 3794,0 pg/mL e cálcio 7,6 mg/dL. Os marcadores virais

*Autor para correspondência.

Correio electrónico: bvalente@lycos.com (B. Tereno Valente).

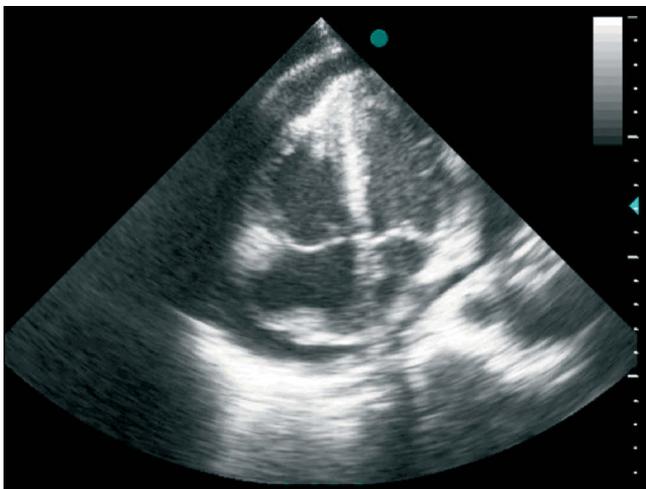


Figura 1 Imagem de ecocardiograma transtorácico (apical 4C). Moderado derrame pericárdio com colapso das cavidades direitas; massa no tecto da aurícula direita.

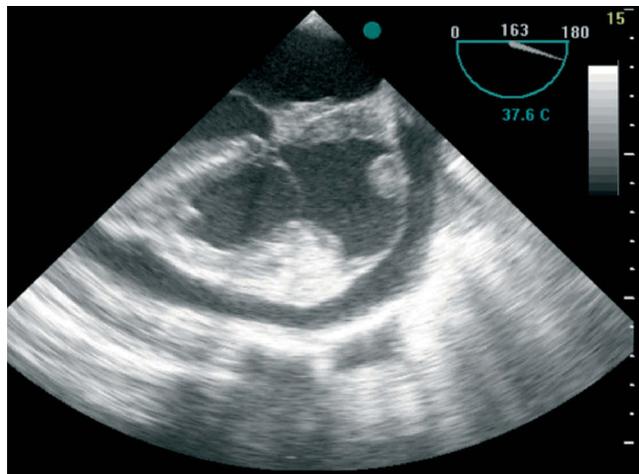


Figura 3 Imagem de ecocardiograma transesofágico: espessamento acentuado do septo interauricular e aurícula direita.

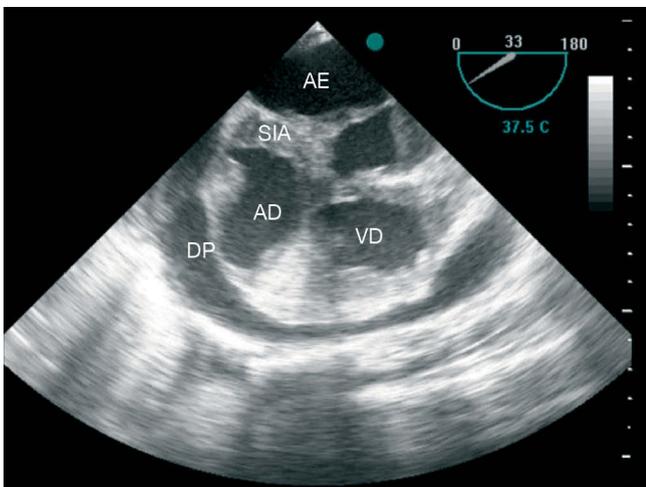


Figura 2 Imagem de ecocardiograma transesofágico: espessamento acentuado do septo interauricular e aurícula direita. AE: aurícula esquerda; SIA: septo interauricular; AD: aurícula direita; VD: ventrículo direito; DP: derrame pericárdico.

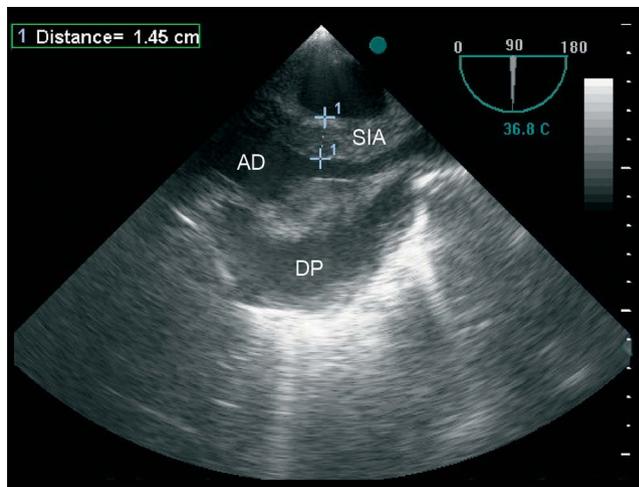


Figura 4 Imagem de ecocardiograma transesofágico: espessamento acentuado do septo interauricular e aurícula direita. AE: aurícula esquerda; SIA: septo interauricular; AD: aurícula direita; VD: ventrículo direito; DP: derrame pericárdico.

apresentaram-se positivos para infecção por HIV tipo 1, dado desconhecido até ao momento pelo doente.

Foi realizada nova pericardiocentese com drenagem de 400cc de líquido pericárdico de cor amarelada. O exame bioquímico apresentava características de exsudado, o exame bacteriológico foi negativo e o exame citológico revelou algumas células mesoteliais e múltiplas células grandes atípicas, com núcleos irregulares, nucléolos proeminentes e com figuras de mitose. Estas células marcaram positivamente para LCA e foram negativas para CK7 e calretinina. Citologia sugestiva de linfoma.

Durante o curto internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) o doente manteve-se assintomático referindo apenas ligeira dor abdominal à palpação do epigastro e hipocôndrio esquerdo. Após estabilização o

doente foi transferido para uma UCI Polivalente (UCIP) do nosso Centro Hospitalar.

Durante o internamento na UCIP o doente realizou minilaparotomia com criação de loca pancreática e colocação de dreno na mesma, drenagem peritoneal inframesocólica, jejunostomia de nutrição e drenagem pleural bilateral.

O exame citológico do líquido pleural revelou linfoma de Burkitt com alto índice proliferativo, não havendo no entanto evidência de células neoplásicas na biópsia pleural.

A biópsia óssea realizada revelou medula óssea normocelular (50%) com hematopoiese trilinear com alterações ligeiras da topografia e maturação. Observa-se infiltração focal mínima por blastos CD20+ compatível com infiltração por linfoma B de alto grau.

O diagnóstico histopatológico foi de:

1. Infiltração mínima por linfoma B de alto grau compatível com linfoma de Burkitt associado à infecção pelo VIH.
2. Dishematopoiese associada à infecção pelo VIH.

As diversas TAC torácicas, abdominais e pélvicas realizadas durante o internamento na UCIP não revelaram imagens sugestivas de metastização.

Após um internamento de 19 dias, em que o doente esteve hemodinamicamente estável e sem necessidade de suporte ionotrópico ou ventilatório teve morte súbita na UCI do Hospital da sua área de residência para onde fora transferido.

Discussão

O envolvimento cardíaco como a manifestação inicial de apresentação de um linfoma não-Hodgkin (NHL) é extremamente raro e representa cerca de 1% de todos os tumores primários cardíacos¹. No entanto, a sua frequência tem vindo a aumentar nos últimos 10 anos, principalmente em doentes imunocomprometidos² pela síndrome de imunodeficiência adquirida e em receptores de transplante de órgãos sob terapia imunossupressora a longo prazo.

O prognóstico relativo a doentes com linfoma cardíaco primário é habitualmente reservado, o que se deve em geral ao atraso no diagnóstico desta patologia e ao

avanzado estado de infiltração local na altura em que é diagnosticado.

Presume-se que têm origem no tecido linfóide perivascular. A grande maioria dos pacientes, mais de 90%, apresenta envolvimento pericárdico, bem como disseminação da doença na apresentação inicial.

Embora não tenha sido ainda estabelecida uma terapia para o linfoma cardíaco, e as opções terapêuticas tenham sido extremamente heterogêneas, a cirurgia não melhorou o prognóstico³.

Por estes linfomas mostrarem habitualmente histologia com características de alto grau, a sobrevivência destes pacientes poderá provavelmente ser melhorada com um pronto diagnóstico e tratamento com quimioterapia baseada na antraciclina.

Bibliografia

1. Lam KY, Dickens P, Lam Chan AC. Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12485 consecutive autopsies. *Arch Pathol Lab Med.* 1993;117:1027-31.
2. Aboulafia DM, Bush R, Picozzi VJ. Cardiac tamponade due to primary pericardial lymphoma in patients with AIDS. *Chest.* 1994;106:1295-9.
3. Ceresoli GL, Ferreri AJM, Bucci E, et al. Primary cardiac lymphoma in immunocompetent patients. *Cancer.* 1997;80:1497-506.