

CASO CLÍNICO

Tumor metastático do ventrículo direito: um local incomum de envolvimento tumoral de carcinoma laríngeo

Inês Rangel*, Alexandra Gonçalves, Carla de Sousa, Filipe Macedo, Maria Júlia Maciel

Serviço de Cardiologia, Hospital de S. João, Porto, Portugal

Recebido a 14 de dezembro de 2011; aceite a 10 de fevereiro de 2012

Disponível na Internet a 6 de novembro de 2012

PALAVRAS-CHAVE

Carcinoma laríngeo;
Tumores cardíacos secundários;
Ecocardiografia transtorácica

Resumo Os tumores secundários são muito mais frequentes do que os tumores primários; contudo, a metastização cardíaca do carcinoma laríngeo é incomum.

Apresentamos o caso de um homem de 71 anos, com antecedentes de carcinoma laríngeo, admitido no Serviço de Urgência por clínica sugestiva de infeção respiratória, com 2 semanas de evolução. Face à ausência de resposta terapêutica e deterioração clínica progressiva, realizou um ecocardiograma transtorácico, que revelou uma volumosa massa infiltrativa no ventrículo direito, envolvendo o ápex, septo interventricular e parede livre, não condicionando obstrução significativa do fluxo na câmara de saída. A avaliação imagiológica com tomografia axial computadorizada mostrou sinais sugestivos de metastização difusa da neoplasia laríngea, previamente diagnosticada.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos os direitos reservados.

KEYWORDS

Laryngeal carcinoma;
Secondary cardiac tumors;
Transthoracic echocardiography

Metastatic tumor of the right ventricle: An unusual location of tumor involvement in laryngeal carcinoma

Abstract Secondary tumors are much more frequent than primary tumors, but cardiac metastasis of laryngeal carcinoma is uncommon.

The authors report the case of a 71-year-old man, with a history of laryngeal carcinoma, admitted to the emergency room with symptoms of two weeks' evolution suggestive of respiratory infection. Due to lack of therapeutic response and progressive clinical deterioration, a transthoracic echocardiogram was performed which revealed a large infiltrating mass within the right ventricle, involving the apex, interventricular septum and free wall, not causing significant right ventricular outflow tract obstruction. Evaluation by computed tomography showed signs of widespread metastasis from the previously diagnosed laryngeal cancer.

© 2011 Sociedade Portuguesa de Cardiologia Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: inesrang@gmail.com (I. Rangel).

Introdução

Os tumores cardíacos secundários apresentam uma incidência superior à dos tumores primários, podendo ser encontrados em até 18% dos doentes com doença metastática¹. Contudo, o envolvimento cardíaco metastático a partir de um carcinoma laríngeo é raro, existindo poucos casos descritos na literatura^{2,3}.

Descreve-se o caso de um homem de 71 anos, com história de carcinoma da laringe, a quem foi diagnosticada uma massa volumosa e infiltrativa ao nível do ventrículo direito, compatível com lesão secundária do tumor laríngeo.

Caso clínico

Homem de 71 anos, hipertenso e ex-fumador, com história de carcinoma epidermoide da laringe, diagnosticado há um ano, tendo sido submetido a laringectomia total e esvaziamento ganglionar, assim como radioterapia adjuvante. Foi admitido no nosso hospital por clínica sugestiva de infecção respiratória com 2 semanas de evolução. Apresentava ainda queixas de dor torácica atípica e fadiga progressiva.

Tinha antecedentes de tuberculose pulmonar tratada, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença cerebrovascular e insuficiência renal terminal. Sem patologia do foro cardiovascular previamente conhecida.

No Serviço de Urgência, realizou radiografia torácica, que revelou infiltrado pulmonar bilateral, com várias lesões de características nodulares e derrame pleural esquerdo. O eletrocardiograma mostrou taquicardia sinusal, má progressão de ondas R e um ligeiro supradesnivelamento do segmento ST (< 2 mm) nas derivações V1 a V3 (Figura 1). O estudo analítico não mostrou elevação dos marcadores de

necrose miocárdica, tendo revelado anemia e marcadores inflamatórios significativamente elevados.

Ficou internado com o diagnóstico de pneumonia adquirida na comunidade. Contudo, verificou-se ausência de resposta terapêutica face a múltiplos e sequenciais esquemas de antibióticos, apresentando deterioração progressiva do estado geral. Face a esta evolução desfavorável, realizou um ecocardiograma transtorácico (ecógrafo Acuson SC 2000 Siemens; sonda 8v3c), que revelou uma volumosa massa infiltrativa (45 x 40 mm), ao nível do ápex do ventrículo direito (VD), estendendo-se ao longo do septo interventricular e revestindo toda a parede livre do VD até à câmara de saída (Figura 2). A massa era ecodensa, apresentava bordos definidos, textura heterogênea e ausência de sinais de vascularização com o fluxo Doppler cor. Apesar de se verificar uma discreta aceleração do fluxo ao nível da câmara de saída do VD, não condicionava obstrução significativa a este nível (Figura 2D). Mantinha boa função sistólica biventricular.

Dado o contexto clínico do doente, a massa cardíaca observada foi interpretada como uma lesão metastática, secundária à neoplasia laríngeo, já conhecida.

Para melhor caracterização e estadiamento da doença, realizou uma tomografia axial computadorizada (TC) cervicotorácico-abdominal, que mostrou sinais de metastização difusa, envolvendo a região cervical, tecido pulmonar, hepático, suprarrenal e ósseo, para além de ter confirmado a presença da massa ventricular direita (Figura 3A-B). Verificou-se adicionalmente na dependência do pericárdio adjacente à parede lateral do ventrículo esquerdo uma outra massa (Figura 3C).

Face a estes achados, foi estabelecido o diagnóstico de presunção de metastização difusa da neoplasia laríngeo e o doente foi proposto para tratamento paliativo.

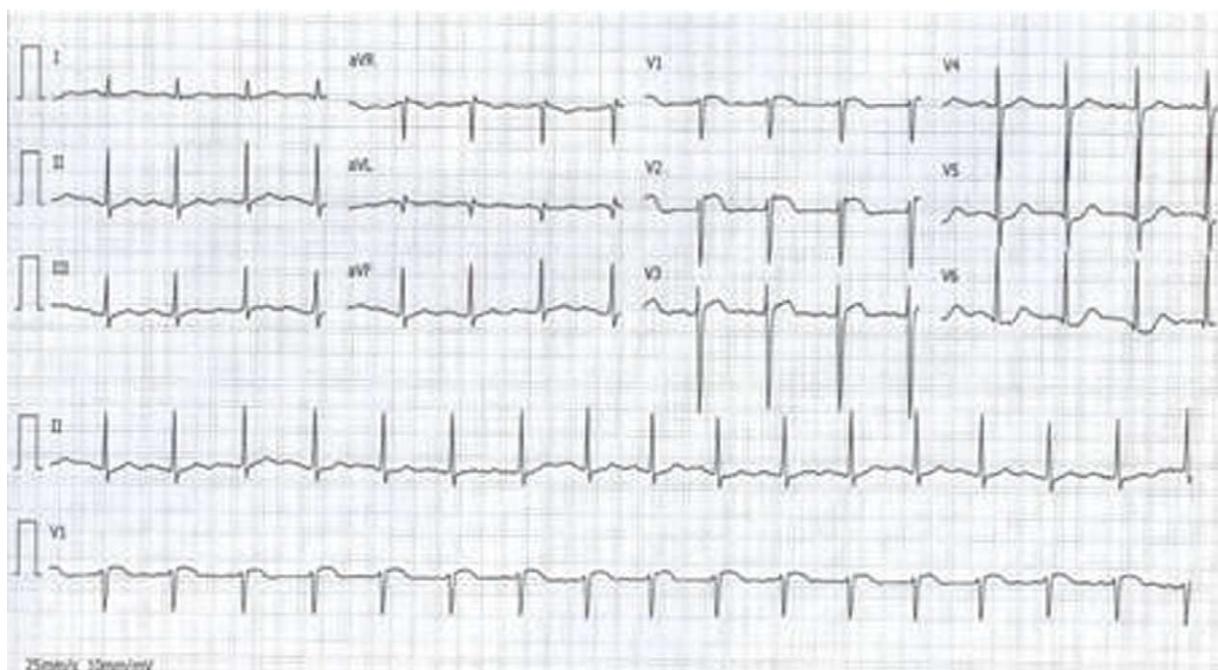


Figura 1 Eletrocardiograma mostrando ligeiro supradesnivelamento do segmento ST nas derivações V1 a V3.

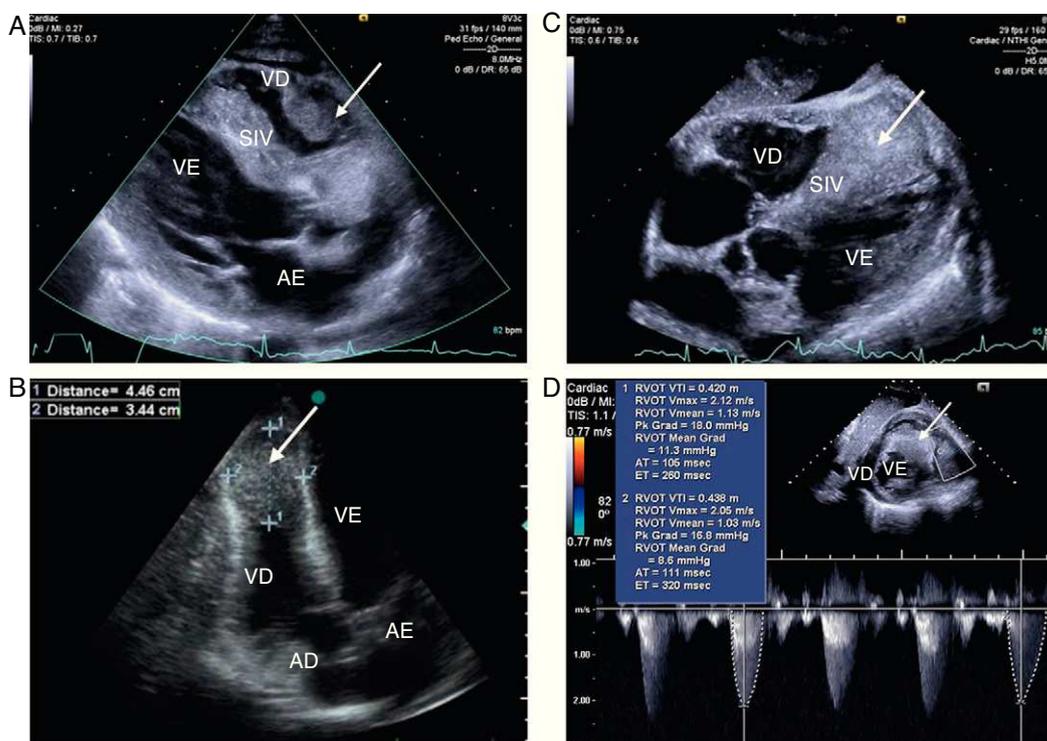


Figura 2 (A-D) Ecocardiograma transtorácico, mostrando a presença de massa infiltrativa ao nível do VD (seta), envolvendo toda a região apical, septo interventricular e parede livre do VD, não condicionando obstrução significativa ao nível da câmara de saída do VD (2D). AD: aurícula direita; AE: aurícula esquerda; SIV: septo interventricular; VD: ventrículo direito; VE: ventrículo esquerdo.

Discussão

Os tumores cardíacos secundários são substancialmente mais frequentes do que os tumores primários e constituem uma das temáticas menos conhecidas da Oncologia Médica⁴. Uma frequência particularmente elevada de envolvimento cardíaco metastático tem sido verificado no carcinoma epidermoide do pulmão, tumores do trato urinário e melanomas, apesar de que os tumores do pulmão e da mama são os que, em número absoluto, mais metastizam para o coração^{3,5}.

A disseminação tumoral pode decorrer de várias formas: através do sistema linfático, por extensão direta, por via hematogênea ou por difusão intracavitária por extensão direta pelas veias cava ou pulmonares. A propagação linfática constitui a principal via de disseminação de metástases cardíacas¹. A invasão tumoral dos nódulos linfáticos mediastínicos limita o fluxo linfático no miocárdio, favorecendo a proliferação e migração de células neoplásicas até ao epicárdio. Cerca de dois terços de todas as metástases cardíacas envolvem o pericárdio, um terço envolve o epicárdio ou o miocárdio e apenas 5% dos tumores envolvem o endocárdio¹. Geralmente, o envolvimento tumoral endocárdico resulta da disseminação hematogênea e a invasão pericárdica ocorre principalmente por propagação linfática¹.

Na maioria das situações, os tumores cardíacos são assintomáticos, sendo primariamente diagnosticados na sequência de uma investigação diagnóstica de um problema não relacionado ou no contexto do estadiamento de um tumor primário recentemente diagnosticado^{1,3}.

As manifestações clínicas mais comuns resultam da presença de um derrame pericárdico de grande volume, insuficiência cardíaca, obstrução das câmaras cardíacas ou manifestações embólicas^{2,6,7}. O envolvimento tumoral cardíaco pode também provocar distúrbios arritmicos, nomeadamente perturbações da condução auriculoventricular, assim como alterações inespecíficas no eletrocardiograma (ECG), nomeadamente do segmento ST e onda T. Apesar de pouco frequente, a invasão tumoral do miocárdio pode condicionar elevação sustentada do segmento ST, mimetizando um enfarte agudo do miocárdio transmural⁸. O caso descrito reporta um doente com envolvimento cardíaco metastático de um carcinoma laríngeo, entidade rara e pouco descrita na literatura.

A apresentação clínica, o estudo analítico e a ausência de alterações evolutivas no ECG contribuíram, de forma determinante, para o diagnóstico diferencial.

A maior utilização dos meios auxiliares de diagnóstico, de elevada qualidade, tem contribuído para um número crescente de diagnósticos, nos últimos anos. O ecocardiograma é o meio imagiológico de primeira linha para efetuar o diagnóstico de um tumor cardíaco⁹. A TC e a ressonância magnética são exames valiosos na complementação do estudo do tumor cardíaco, permitindo não só uma melhor caracterização da massa, como também a avaliação da extensão tumoral a estruturas extracardíacas¹⁰.

O diagnóstico do envolvimento tumoral cardíaco ocorre geralmente numa fase avançada da doença neoplásica, facto que limita o sucesso das várias opções terapêuticas,

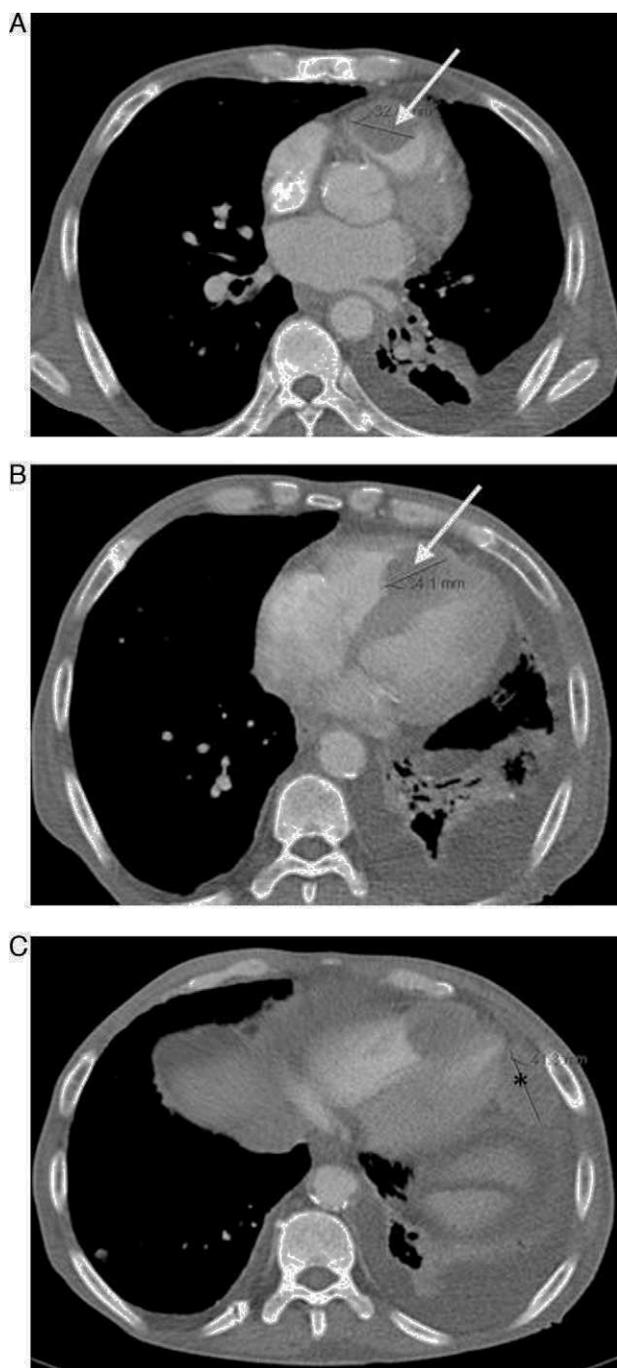


Figura 3 TC evidenciando a presença da massa ventricular direita (seta), infiltrando a parede livre do VD (3A) e septo interventricular (3B), assim como a presença de uma massa (*) na dependência do pericárdio adjacente ao VE (3C).

as quais podem incluir a quimioterapia, radioterapia ou mesmo cirurgia.

Os doentes que apresentam doença localizada podem ser considerados para quimioterapia neoadjuvante com a intenção de proceder à ressecção completa caso se verifique regressão suficiente da massa tumoral.

Destaca-se, nestes casos, a relevância da realização de biópsia transvenosa guiada por ecocardiograma transesofágico da massa intracárdica, no sentido de determinar as

características histológicas do tumor e orientar a terapêutica adequada⁷.

Nos raros casos em que o coração é o único local de metastização e o tumor primário está controlado, o tratamento pode ainda ter intenção curativa, estando indicada a ressecção cirúrgica completa da massa tumoral⁷. Uma outra alternativa terapêutica para a abordagem de tumores secundários intracárdicos circunscritos é a embolização do ramo coronário responsável pela irrigação sanguínea da massa tumoral¹¹.

A cirurgia paliativa também tem o seu papel em casos muito específicos, como a presença de obstrução de uma câmara cardíaca, tamponamento cardíaco, perante um elevado potencial de embolização ou sintomas derivados de progressão tumoral local.

O prognóstico é altamente dependente do estadió e agressividade histológica do tumor. Na maioria das vezes, a metastização cardíaca ocorre no contexto de carcinomatose generalizada, o que limita a abordagem terapêutica a medidas paliativas para alívio sintomático⁷. No caso descrito, observou-se a presença de metastização difusa da neoplasia laríngea, presumida pelos achados imagiológicos encontrados. Dada a elevada fiabilidade do diagnóstico imagiológico, associada ao prognóstico reservado do doente, qualquer investigação adicional invasiva, nomeadamente para confirmação histológica, foi considerada dispensável e inadequada.

A abordagem destes doentes é complexa, implicando muitas vezes uma forte interação multidisciplinar.

Conclusões

Os tumores cardíacos secundários são pouco frequentes e geralmente são diagnosticados em doentes com metastização difusa.

Este caso evidencia a complexidade inerente do processo diagnóstico de tumores cardíacos, atribuída em grande escala à inespecificidade clínica associada. Salienta ainda a importância de exames imagiológicos não invasivos, no estudo diagnóstico e prognóstico da patologia cardíaca neoplásica.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Bussani R, De-Giorgio F, Abbate A, et al. Cardiac metastases. *J Clin Pathol*. 2007;60:27–34.
2. Alhakeem M, Arabi A, Arab L, et al. Unusual sites of metastatic involvement: intracardiac metastasis from laryngeal carcinoma. *Eur J Echocardiogr*. 2008;9:323–5.
3. Renders F, Vanderheyden M, Andries E. Secondary cardiac tumour originating from laryngeal carcinoma: case report and review of the literature. *Acta Cardiol*. 2005;60:57–60.
4. Lam K, Dickens P, Chan A. Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. *Arch Pathol Lab Med*. 1993;117:1027–31.
5. Silvestri F, Bussani R, Pavletic N. Metastases of the heart and pericardium. *G Ital Cardiol*. 1997;27:1252–5.

6. Youn H-J, Jung SE, Chung WS, et al. Obstruction of right ventricular outflow tract by extended cardiac metastasis from esophageal cancer. *J Am Soc Echocardiogr.* 2002;15:1541-4.
7. Butany J, Nair V, Naseemuddin A, et al. Cardiac tumours: diagnosis and management. *Lancet Oncol.* 2005;6:219-28.
8. Neragi-Miandoab S, Kim J, Vlahakes GJ. Malignant tumours of the heart: a review of tumour type, diagnosis and therapy. *Clin Oncol.* 2007;19:748-56.
9. Scholte AJHA, Frissen PHJ, van der Wouw PA. Transesophageal echocardiography-guided transvenous biopsy of an intracardiac tumor. *Echocardiography.* 2004;21:721-3.
10. Chiles C, Woodard PK, Gutierrez FR, et al. Metastatic involvement of the heart and pericardium: CT and MR imaging. *Radiographics.* 2001;21:439-49.
11. Reynen K, Köckeritz U, Strasser RH. Metastases to the heart. *Ann Oncol.* 2004;15:375-81.