

CASO CLÍNICO

Lesão cardíaca no contexto de carcinoma hepatocelular metastático

Catarina Ferreira^{a,*}, Presa Ramos^b, Ana Baptista^a, Hélder Ribeiro^a,
Pedro Mateus^a, Ilídio Moreira^a

^aServiço de Cardiologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de S. Pedro, Vila Real, Portugal

^bServiço de Medicina Interna, Unidade de Hepatologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de S. Pedro, Vila Real, Portugal

Recebido a 24 de janeiro de 2011; aceite a 2 de maio de 2011

PALAVRAS-CHAVE

Carcinoma hepatocelular;
Neoplasias do coração;
Procedimentos e técnicas de diagnóstico;
Ecocardiografia

KEYWORDS

Hepatocellular carcinoma;
Heart neoplasms;
Diagnostic techniques and procedures;
Echocardiography

Resumo O carcinoma hepatocelular com extensão ou metástases para a aurícula direita é uma forma de doença cardíaca maligna pouco frequente.

Os autores relatam o caso de um doente de 51 anos de idade a quem foi diagnosticado carcinoma hepatocelular com trombos a nível das veias porta e mesentérica, cuja análise histopatológica revelou ser compatível com metástases. O ecocardiograma revelou uma massa na aurícula direita que, neste contexto, deve ser considerada como possível metástase cardíaca.

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

Cardiac injury in the context of metastatic hepatocellular carcinoma

Abstract Hepatocellular carcinoma with extension or metastasis to the right atrium is an uncommon form of cardiac malignancy.

The authors report the case of a 51-year-old patient with hepatocellular carcinoma and thrombi in the portal and mesenteric veins, which histopathology revealed to be metastatic. Echocardiography showed a right atrial mass which in this context has to be considered as a possible cardiac metastasis.

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

*Autor para correspondência.

Correio eletrónico: catferreirinha@net.sapo.pt (C. Ferreira).

Introdução

Os tumores cardíacos dividem-se em primários e secundários (metastáticos) sendo estes mais frequentes. As metástases cardíacas do carcinoma hepatocelular (CH) são raras (0,67-3%) e habitualmente surgem em estadios avançados da doença¹⁻³.

O CH é a principal neoplasia primária do fígado, representando cerca de 4,6% de todos os novos casos de cancro por ano na população. A cirrose hepática está presente em cerca de 95%, sendo que a infecção pelo vírus da hepatite C responde por 15 a 20% dos casos de cirrose. O diagnóstico de CH pode ser feito pelo método anátomo-patológico, ou por critérios não invasivos (restrito a doentes com cirrose hepática): método de imagem (que mostre lesão nodular com tamanho superior a 2 cm hipervascular com *wash-out*) ou elevação da alfa-fetoproteína (superior a 200 ng/ml). Os ossos, os pulmões e as glândulas supra-renais são os principais locais de metastização⁴.

Embora pouco frequente, o CH é o quarto tumor que metastiza para a aurícula direita, depois da neoplasia do rim, tiróide e testículo⁵⁻⁷.

A ecocardiografia apresenta, neste campo, um papel fundamental uma vez que é de extrema utilidade na avaliação de doentes com massas intra-cardíacas. Permite distinguir características do tecido, localização, forma, tamanho e mobilidade, sendo não invasiva, tornando-se numa modalidade de diagnóstico prática. Tendo em consideração o contexto clínico, pode muitas vezes distinguir entre os três principais tipos de massas intra-cardíacas: tumores, trombos e vegetações⁸.

No presente artigo os autores descrevem o caso clínico de um doente com CH (com a presença de trombos com células neoplásicas nas veias porta e mesentérica) a quem foi detectado por ecocardiograma uma massa intra-cardíaca. Pretendem igualmente rever o papel da literatura, da clínica e dos diferentes exames complementares de diagnóstico neste tipo de patologia muito pouco frequente e documentada.

Caso clínico

O presente caso remete-se a um doente do sexo masculino, caucasiano, de 51 anos de idade, tendo como antecedentes pessoais cirrose hepática pelo vírus da hepatite C do qual era portador desde há cerca de 25 anos (inicialmente diagnosticada como hepatite «não-A» e «não-B»). Como factores de risco cardiovascular apresentava o tabagismo e excesso de peso. Sem patologia do foro cardiovascular previamente conhecida. Com seguimento regular em consulta de Medicina Interna e Hepatologia. Ao longo dos últimos cinco anos apresentou vários internamentos por descompensação da doença hepática. O estado clínico basal do doente, embora com optimização da terapêutica farmacológica e através de programas de paracenteses regulares, era de dispneia para médios esforços, com edemas ligeiros a moderados dos membros inferiores e ascite. No último dos internamentos por agravamento dos edemas, anorexia e astenia marcadas, foi submetido a tomografia computadorizada abdominal que revelou lesões nodulares hepáticas e extensa trombose a nível da veia

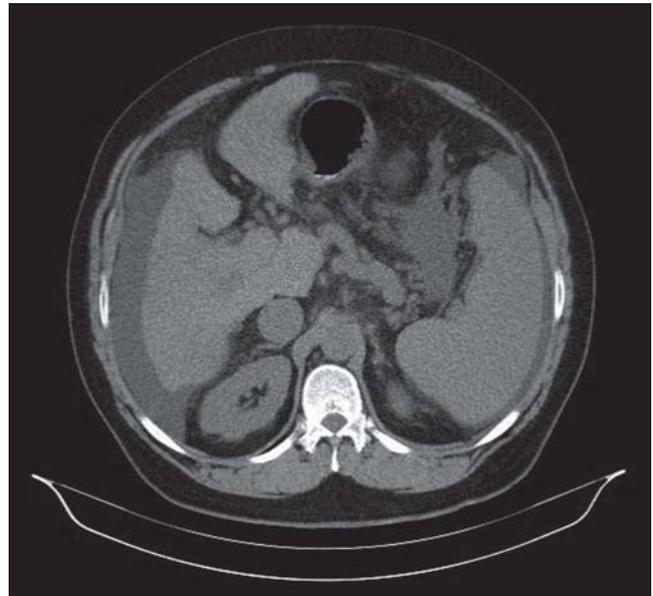


Figura 1 Imagem de Tomografia Computadorizada do Abdómen. Fígado com textura difusamente heterogênea evidenciando-se trombose a nível da veia porta e mesentérica superior (parcialmente visualizados neste topograma).

porta, estendendo-se até ao ramo da mesentérica superior (Figura 1). Prosseguido o estudo com análise citológica das lesões hepáticas que revelou serem compatíveis com CH. Foi também realizada biópsia aspirativa do trombo da veia porta que mostrou a presença de células neoplásicas com características de CH. O doente foi proposto para tratamento, sendo submetido a termo-ablação por radiofrequência dos nódulos, após a estabilização e alta clínica. No entanto, em pouco tempo (cerca de dois meses) o doente apresentou agravamento progressivo da dispneia para esforços, com aparecimento de dispneia em repouso e ortopneia, bem como agravamento dos edemas dos membros inferiores e da ascite. Nesse contexto foi realizado ecocardiograma no qual era observável, ao nível da aurícula direita (AD), apenas à parede lateral, uma estrutura hiperecogénica com cerca de 5 por 3,2 cm de dimensão (Figura 2). A tomografia axial computadorizada (TAC) torácica mostrou igualmente imagem sugestiva de trombo intra-cavitário a nível da AD com prolongamento proximal à veia cava (Figura 3). A lesão cardíaca foi interpretada como secundária ao CH. Face aos dados disponíveis, não foi prosseguido estudo após ponderados os riscos e benefícios (doente sem condições cirúrgicas, com elevado risco). O doente veio a falecer pouco tempo após o diagnóstico da lesão cardíaca.

Discussão

Existem poucos casos descritos de metástases cardíacas em doentes com CH. O envolvimento cardíaco (intracavitário) é raro resultando habitualmente da extensão cardíaca através das veias cavas (sendo ainda muito mais rara a extensão cardíaca quando estas últimas não estão envolvidas); na revisão da literatura 16 doentes mostravam este tipo de disseminação^{3,7,9}. Cerca de 2,6% dos doentes com CH

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/1126551>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/1126551>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)