

RELATO DE CASO

Carcinoma uterino com metástases Intercardiaca

Intercardiac metastases of a uterine carcinosarcoma

Pedro T. F. Reis Filho¹; Paulo C. F. Franco²; Antônio Carlos Menardi³; Paulo José de Freitas Ribeiro⁴; Margarida M. F. S Moraes⁵

¹Oncologista do Instituto Ribeiraopretano de Combate ao Câncer - IRPCc e do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP

²Cirurgião Oncológico Instituto Ribeiraopretano de Combate ao Câncer - IRPCc

³Médico Assistente da Divisão Torácica e Cardiovascular do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Cirurgião da Clínica CECORP

⁴PhD: Cirurgião Cardíaco, Professor da clínica CECORP. Ex-Professor da Divisão Torácica e Cardiovascular do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

⁵Patologista do Laboratório M e M e Citologia LTDA e Professora de Patologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

➤ PALAVRA-CHAVE

Metástase intracardíaca, carcinosarcoma, ecocardiograma, tratamento

➤ KEYWORDS

Intracardiac metastase, carcinosarcoma, echocardiography, treatment

■ RESUMO

A metástase intracardíaca é um evento raro que ocorre em 2,3 a 18% dos casos, geralmente chegam ao coração através da veia cava e implantam no átrio e ventrículo direito, evoluem comumente com sintomas de insuficiência cardíaca direita.

O diagnóstico é feito por exames de imagem principalmente o ecocardiograma.

Neste trabalho discutiremos um caso de metástase intracardíaca numa paciente com uma longa evolução de carcinosarcoma metastático, abordando os aspectos clínicos, diagnóstico, tratamento e prognóstico.

■ ABSTRACT

Intra-cardiac metastases are rare event that occurs in 2.3 to 18% of cases, usually get into the heart through the vena cava and implant itself onto the right atrium and right ventricle, often evolve symptoms of heart failure right side.

The diagnosis is made mainly by imaging echocardiography.

In this shell-work we are going to discuss a case of intra-cardiac metastasis in a patient with a long evolution of metastatic carcinosarcoma, talking about the clinical features, prognosis, diagnosis and treatment.

■ INTRODUÇÃO

O carcinosarcoma uterino que já foi chamado anteriormente de neoplasia mülleriana mista é uma neoplasia rara compondo 1,2% de todas as neoplasias malignas uterinas (1 uptodate).

Metástases intracardíacas são eventos raros, sendo mais comuns a disseminação pulmonar, hepática e pélvica ^{2,3}, encontradas em autopsias na faixa de 2,3 a 18% dos casos em canceres disseminados ^{4,5}. Podem representar uma extensão anatômica das neoplasias intra-abdominais ou intra-torácicas por disseminação hematogênica ⁶.

Neste trabalho discutiremos o caso de metástase intracardíaca englobando os aspectos clínicos e oncológicos, exames de diagnóstico, evolução e tratamento.

■ CASO CLÍNICO:

Paciente MR 48 anos ao diagnóstico, sexo feminino, chegou como caso novo no dia 27/12/1996, com história de ter sido submetida a histerectomia radical mais ooforectomia bilateral em outro serviço.

➤ RECEBIDO: 09/03/2012 | ACEITO: 24/07/2012

O anátomo patológico revelou tratar-se de um carcinosarcoma grau 3 (antigamente chamado de tumor mülleriano misto).

Dos antecedentes pessoais que chamaram a atenção, o mais importante era a arritmia cardíaca em tratamento com digoxina e amiodarona.

No exame físico geral e ginecológico não foi encontrado nada de relevância clínica importante.

Foi programado tratamento oncológico com radioterapia pélvica com o término em fevereiro de 1996 seguido de quimioterapia com ifosfamida e epirrubicina num total de 6 ciclos.

Após o término do tratamento oncológico ficou em seguimento clínico com exames de rotina.

Setembro de 2001 procurou avaliação cardiológica devido a sintomas de dispnéia a médios esforços e arritmia cardíaca. Diagnosticado prolapso de valva mitral incompetente e fibrilação atrial.

Outubro de 2001 correção cirúrgica da cardiopatia realizando-se plastia de valva mitral e fechamento de pequena comunicação interatrial, ficando em seguimentos de rotina com a equipe de cirurgia cardíaca e com o cardiologista.

Março de 2002 foi notado ao raio-x de tórax um nódulo pulmonar, confirmado posteriormente com a tomografia de tórax sendo encaminhada à equipe de cirurgia torácica que realizou a ressecção de nódulos pulmonares bilateralmente confirmando tratar-se de carcinosarcoma metastático.

Junho de 2002 em exame ginecológico de rotina foi visto um nódulo em parede vaginal que foi ressecado e confirmou tratar-se de recidiva tumoral.

Julho de 2002 Fez novamente quimioterapia com epirrubicina e cisplatina tendo sido realizado 4 ciclos com baixa resposta e sendo este suspenso. Como estava clinicamente estável optou-se apenas por seguimento oncológico de rotina.

Junho de 2004 foram vistos novos nódulos pulmonares e novamente foi submetida a ressecção destes nódulos sendo ressecados 8 deles com o mesmo resultado anatomo-patológico anterior.

Fevereiro de 2009 em consulta de rotina a Tomografia de pelve revelou tumoração com densidade de partes moles entre o reto e assoalho vesical a esquerda com 2,4 cm, e a tomografia de tórax encontrava-se com doença estável. No exame ginecológico foi notado nova lesão em parede vaginal que foi biopsiada confirmando recidiva tumoral.

Mai de 2009 submetida a laparotomia exploradora com a finalidade de ressecção da lesão. No achado operatório foi visto uma lesão entre a bexiga e o reto na cúpula vaginal sendo ressecada e a cavidade abdominal não apresentava nenhum indicio de metástases a distância.

Encaminhada posteriormente para braquiterapia realizando 4 inserções vaginais com término em agosto de 2009.

Agosto de 2010 nos exames de controle as tomografia de abdome e tórax não mostravam alterações sugestivas de metástases. Constatado um aumento importante da área cardíaca nos exames radiológicos, e clinicamente a paciente encontrava-se novamente com sintomas da cardiopatia. Foi re-encaminhada a equipe de cardiologia para nova re-avaliação.

Na avaliação cardiológica foram encontradas insuficiência valvares mitral e tricúspides e suspeita de vegetação ao nível do anel valvar tricúspede visto no ecocardiograma (figura 1). Não apresentava clínica de infecção.

Após os resultados dos exames foi discutido a conduta entre a oncologia e a cirurgia torácica sendo optado por submeter a paciente a outra cirurgia cardíaca uma vez que encontrava-se com a doença estável sem outros focos de metástases e a paciente encontrava-se muito sintomática do ponto de vista cardiológico.

22 de setembro de 2010 Foi reoperada via esternotomia, encontrando-se insuficiência valvar mitral importante e tumor endurecido e infiltrativo na região sub-valvar tricúspede comprometendo a valva tricúspede, músculo papilar e parede livre do ventrículo direito. As valvas mitral e tricúspede foram substituídas por próteses biológicas (Figura 2).

■ ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Rua Sete de Setembro 1075 AP 133
CEP 14015-180, Ribeirão Preto – SP
Tel: 16 34217670; 97052359
e-mail: ptfrfilho@hcrp.fmrp.usp.br

FIGURA 1. Vegetação vista no ventrículo direito infiltrando tricúspide

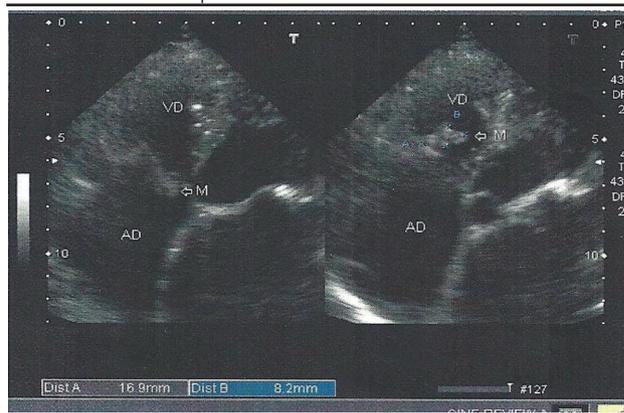


FIGURA 2. Invasão valva tricúspide



O período pós-operatório foi muito tumultuado por distúrbios graves respiratórios e falência miocárdica progressiva e refratária, vindo a falecer no segundo dia pós-operatório

O anatomopatológico confirmou tratar-se de uma metástase intracardíaca de carcinosarcoma (figura 3 e 4).

■ DISCUSSÃO

Metástases intracardíacas são raras sendo encontradas nas autopsias em aproximadamente 15% dos casos em cânceres disseminados⁵. As principais neoplasias responsáveis por este evento são melanomas, tumores de células germinativas, leucemias, linfomas, câncer de pulmão e mama^{4,5}. Há relatos na literatura de outros tumores que levam a esta patologia, tais como, o sarcoma do estroma endometrial de baixo grau, carcinoma espinocelular de colo uterino e carcinoma uterino^{2,3,6,7}.

O carcinosarcoma é uma neoplasia mista com componentes epiteliais e sarcomatosos podendo ser constituído por um carcinoma seroso papilífero e um sarcoma do estroma endometrial, sendo a porção epitelial predominando nos sítios metastáticos¹.

FIGURA 3. Sarcoma do estroma endometrial no coração; 100X relação da lesão com raras fibras musculares preservadas

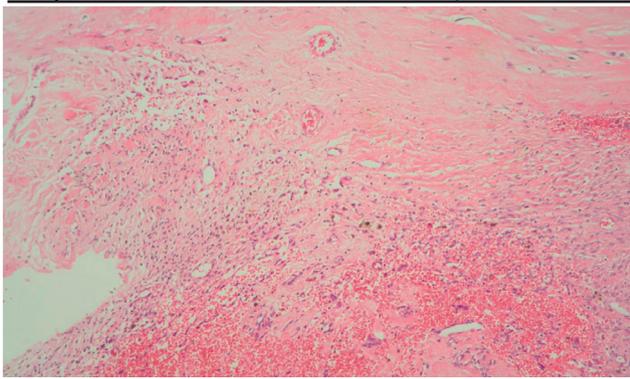
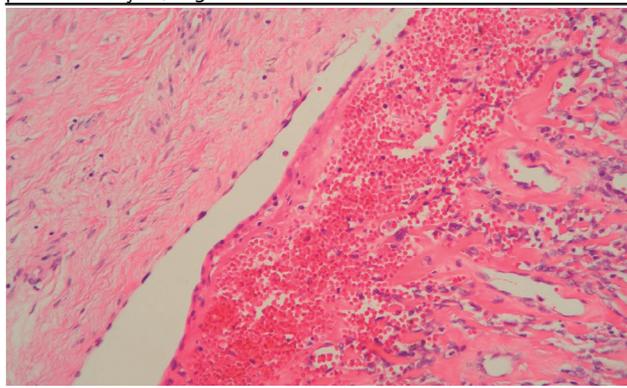


FIGURA 4. Sarcoma do estroma endometrial metastático para o coração; região subendocárdica-400X



As metástases intracardíacas geralmente chegam ao coração através da veia cava e implantam mais comumente no átrio direito e ventrículo direito podendo chegar ao átrio esquerdo através da veia pulmonar^{4,8,9}. Evoluem clinicamente com sintomas cardiológicos cujos principais são insuficiência cardíaca direita com dispneia, tosse, edema periférico, dor torácica, arritmia e tamponamento cardíaco^{5,7}. Com a evolução destes sintomas os exames de imagem são importantes para o diagnóstico. O ecocardiograma transtorácico é o exame de escolha que poderá mostrar regurgitação da valva tricúspide, prolapso de valva mitral, dilatação de átrio direito, tumoração dentro das cavidades cardíacas e artéria pulmonar^{10,11}. Também poderão ser usados para diagnóstico à tomografia e a ressonância magnética de tórax com a finalidade de descrever o tamanho da tumoração, avaliar o grau de invasão a outras estruturas cardíacas.

O principal diagnóstico diferencial das metástases intracardíacas é com mixoma cardíaco, tumor benigno responsável pela maioria dos tumores do coração em adultos, mais comum entre a terceira a sexta década de vida. É mais frequente nos átrios principalmente o esquerdo^{6,12}.

Existe uma grande dificuldade na indicação do tratamento das metástases intracardíacas, pois na maioria das vezes o seu aparecimento ocorre naqueles pacientes em que o câncer já está bem avançado ou naqueles casos em que o paciente está em tratamento de um tumor mais indolente com alguns

anos de evolução como, por exemplo, um tumor do estroma endometrial de baixo grau de endométrio^{2,3,8}. A ressecção cirúrgica segue as indicações de Ravikumar et: retirada do tumor só deverá ser indicada se o paciente possuir uma metástase intracardíaca única, tiver condições clínicas para uma cirurgia de grande porte e que todas as outras lesões metastáticas sejam passíveis de ressecção com tumores clinicamente estáveis^{4,7}. Neste trabalho mostramos a evolução de um caso com metástase intracardíaca de carcinosarcoma uterino de longa evolução optando-se por tratamento cirúrgico, pois o tumor primário estava clinicamente controlado e a paciente encontrava-se muito sintomática do ponto de vista cardiológico. Deste modo encaixava-se nos critérios citados acima sendo optado pela cirurgia cardíaca com retirada da tumoração e correção das lesões cardíacas associadas. A evolução não foi boa e a paciente evoluiu a óbito.

Também, procuramos mostrar que embora rara, a metástase intracardíaca pode ocorrer. Devemos pensar nesta possibilidade quando o paciente evolui com sintomas cardiológicos principalmente de insuficiência cardíaca à direita podendo nos dar indícios de uma possível metástase intracardíaca principalmente naqueles casos em que o paciente esta em tratamento de um tumor metastático mais indolente ou nos casos de tumores mais agressivos com metástases disseminadas.

Assim, após ter sido feito o diagnóstico, é importante a participação de uma equipe multidisciplinar formada por oncologistas, cardiologistas, cirurgiões cardíacos para ser tomada a conduta mais adequada no tratamento desta patologia.

■ REFERÊNCIAS

1. <http://www.uptodate.com> - uterine carcinosarcoma
2. Yokoyama Y, Ono Y, Sakamoto T, et al. Asymptomatic intracardiac metastasis from a low-grade endometrial stromal sarcoma with successful surgical resection. *Gynecologic Oncology* 92 (2004); 999-1001.
3. Gabal S, Ashour Z, Hamada G, et al. Low-Grade Endometrial Stromal Sarcoma With Intravenous Extension to de Heart. *Medscape J Med* 2009; 11(1) 23.
4. Maeda M, Goto Toshihiko G, Moriki Toshiaki, et al. Myocardial metastasis from squamous cell carcinoma of esophagus. *Gen Thorac Cardiovascular Surg* (2009); 57:440-445.
5. Alhakeem M, Arabi A, Arab L, et al. Unusual sites of metastatic involvement: intracardiac metastasis from laryngeal carcinoma. *European Journal of Echocardiography* (2008)9: 323-352.
6. Germing A, Mügge A. Pericardial and Intracardiac Metastasis of Breast Cancer. *J ultrasound Med* 2010; 148-149.
7. Miller E S, Hoestra A V, Hurteau J A, Rodriguez G C. Cardiac Metastasis from Poorly Differentiated Carcinoma of the Cervix. *Journal of Reproductive Medicine* 2010; 55: 78-80.
8. Val-Bernal J F, Hernandez-Nieto E. Symptomatic intracavitary (non-invasive) Cardiac Metastasis from Low-Grade Endometrial Stromal of the Uterus. *Pathol Res Pract* 195: 717-722.
9. Liu J X, Eftimie B, Mortimer J. Intracardiac Metastasis of Germ Cell Tumor Complicated by Pulmonary Hypertension and Trombocytopenia. *JCO* 2007. 12: 3547-3549.
10. Vargas-Barron J, Keirns C, Barragan-Garcia R, et al. Intracardiac extension of malignant uterine tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 99: 1099-1103.
11. Liu Y C, Ho Y L; Huang G T, et al. Clinical manifestations and survival of patients with hepatocellular carcinoma and cardiac metastasis. *Journal of Gastroenterology and Pathology* 25(2010): 150-155.
12. Anwar A M, Nosir Y F M, Chamsi-Pasha M A R, et al. Right Atrial Metastasis Mimicking Myxoma in Advanced Hepatocellular Carcinoma. *Echocardiography* 2010; 27: 80-83.