

## CASO CLÍNICO

# Lesão cardíaca no contexto de carcinoma hepatocelular metastático

Catarina Ferreira<sup>a,\*</sup>, Presa Ramos<sup>b</sup>, Ana Baptista<sup>a</sup>, Hélder Ribeiro<sup>a</sup>,  
Pedro Mateus<sup>a</sup>, Ilídio Moreira<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Serviço de Cardiologia, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de S. Pedro, Vila Real, Portugal

<sup>b</sup>Serviço 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 doença<sup>1-3</sup>.

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 metastização<sup>4</sup>.

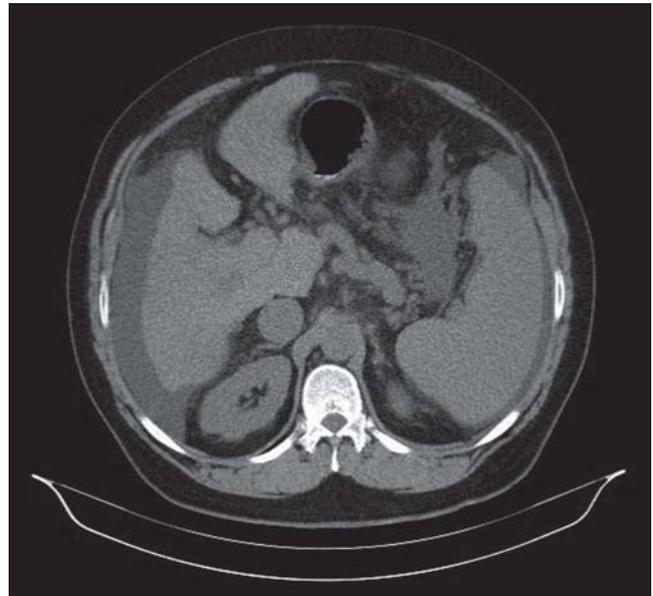
Embora pouco frequente, o CH é o quarto tumor que metastiza para a aurícula direita, depois da neoplasia do rim, tiróide e testículo<sup>5-7</sup>.

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 vegetações<sup>8</sup>.

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<sup>3,7,9</sup>. Cerca de 2,6% dos doentes com CH



**Figura 2** Imagem de ecocardiografia bidimensional. Pode observar-se a presença de uma estrutura hiperecogênica com cerca de 5 por 3,2 cm de dimensão, ao nível da aurícula direita (apensa à parede lateral).

de origem não cirrótica e 1,6% com origem cirrótica apresentam envolvimento da aurícula direita na autópsia. O diagnóstico clínico anda em vida é muitas vezes difícil, pois os sintomas estão frequentemente ausentes ou estão mascarados pelos da própria doença clínica de base<sup>3</sup>. A ecocardiografia bidimensional tem um papel fundamental no diagnóstico dos tumores cardíacos, nomeadamente nestes casos<sup>3,8-10</sup>.

Como em todos os tipos de tumores, o CH com metástase cardíaca tem mau prognóstico, sendo a ressecção cirúrgica na maioria das vezes impossível ou incompleta. A cirurgia tem, na sua maioria, resultados pouco favoráveis devendo, portanto, ser reservada para casos com compromisso agudo e muito grave<sup>7,9,11</sup>.

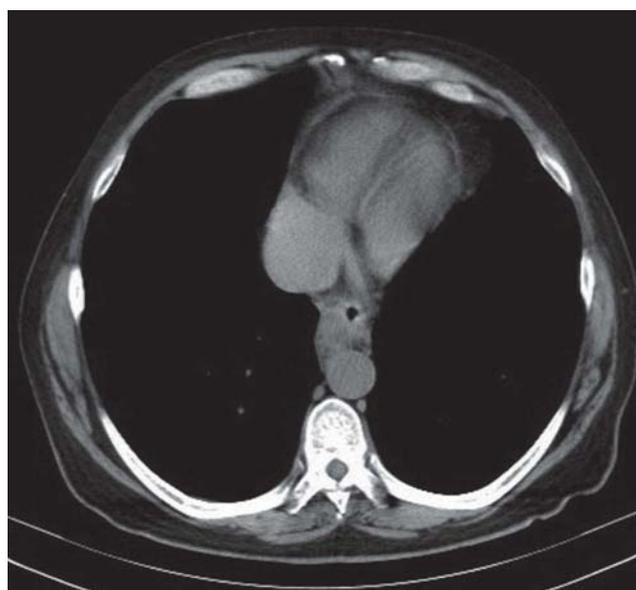
Este caso foi discutido, quer a nível do diagnóstico quer quanto à terapêutica, sendo orientado de uma forma multidisciplinar, nomeadamente pela Medicina Interna — Hepatologia. Foi efectuada a optimização de terapêutica médica, nomeadamente para palição, obtendo-se estabilização clínica do doente. Assim sendo e, dado prognóstico pré-operatório muito reservado e o elevado risco associado, foi tomada a decisão de não intervir cirurgicamente (o que também permitiria obter a peça para diagnóstico histológico da lesão).

A lesão na AD, tendo em conta a revisão bibliográfica e dados da literatura, o contexto clínico, os resultados imagiológicos e histológicos das lesões examinadas, foi interpretada como lesão metastática de CH. Neste caso a imagiologia, nomeadamente a ecocardiografia em conjunto com a TAC (que mostra a continuidade entre as lesões na AD e veia cava inferior), devidamente contextualizadas, revelam ser meios de diagnóstico não invasivos preciosos e facilmente acessíveis.

## Conclusão

Este caso retrata a evolução de um CH com disseminação para a AD através da veia cava inferior, documentado por ecocardiografia bidimensional e TAC.

Evidencia a complexidade de patologias de carácter sistémico, como as neoplasias, em que o coração, embora



**Figura 3** Imagem de tomografia axial computadorizada do tórax. Identifica-se ao nível da aurícula direita lesão sugestiva de trombo (que apresentava prolongamento proximal até à veia cava — este não visível na imagem).

pouco frequentemente, pode ser atingido, condicionando a descompensação da doença de base, podendo levar a uma rápida deterioração clínica. Com este caso os autores pretendem também mostrar a importância de todo um conjunto de dados que são fundamentais para o diagnóstico de uma patologia, que não deve ser definida ou depender sempre de um exame complementar de diagnóstico em particular, como a análise histológica da própria lesão, que nem sempre é exequível ou mesmo aconselhada (como se verifica no processo de diagnóstico do CH, o qual, com frequência, é feito com base em critérios laboratoriais e imagiológicos).

## Agradecimentos

Ao Dr. Presa Ramos, da Unidade de Hepatologia do Serviço de Medicina Interna, Hospital de Vila Real.

## Bibliografia

1. Kato Y, Tanaka N, Nobayashi K, et al. Growth of hepatocellular carcinoma into the right atrium. Report of five cases. *Ann Intern Med.* 1983;99:472-4.
2. Chua SO, Chiang CW, Lee YS, et al. Moving right atrial mass associated with hepatoma. Two cases detected by echocardiography. *Chest.* 1986;89:148-50.
3. Chua SO, Chiang CW, Lee YS, et al. Echocardiographic findings of mobile atrial hepatocellular carcinoma. Report of five cases. *J Ultrasound Med.* 1989;8:347-52.
4. Bruix J, Sherman M, Llovet JM, et al. Clinical management of hepatocellular carcinoma. Conclusions of the Barcelona-2000 EASL Conference. *J Hepatol.* 2001;35:421-30.

5. Mansour Z, Gerelli S, Kindo MK, et al. Right atrial metastasis from hepatocellular carcinoma. *J. Card. Surg*, 2007;22:231-3.
6. Atkins KA. Metastatic hepatocarcinoma to the heart. *Diagn Cytopathol*. 2000;23:406-8.
7. Goto H, Kaneko Y, Utoh J, et al. Surgery of hepatoma with intracavitary cardiac extension. *Heart Vessels*. 1986;2:60-2.
8. Peters PJ, Reinhardt S. The echocardiographic evaluation of intracardiac masses: a review. *J Am Soc Echocardiogr*. 2006;19: 230-40.
9. Pellicelli AM, Barbaro G, Soccorsi F. Contrast echocardiography of right atrial mass due to hepatocellular carcinoma. *Acta Cardiol*. 2006;61:471-3.
10. Van Camp G, Abdulsater J, Cosyns B, et al. Transesophageal echocardiography of right atrial metastasis of a hepatocellular carcinoma. *Chest*. 1994;105:945-7.
11. Chu MW, Aboguddah A, Kraus PA, et al. Urgent heart surgery for an atrial mass: metastatic hepatocarcinoma. *Ann Thorac Surg*. 2001;72:931-3.