

Adenocarcinoma do pulmão com invasão da aurícula esquerda

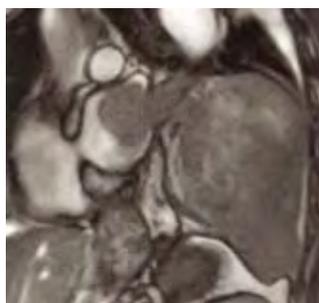
Left arterial invasion by lung adenocarcinoma

Inês Marques*, Armando Graça*, José Júnior*, Eugénia Alves*

O adenocarcinoma do pulmão lidera as causas de morte por cancro nos países desenvolvidos, com uma incidência que tem aumentado consideravelmente nas mulheres.¹ Apesar da evolução dos métodos de diagnóstico e da emergência de novas armas terapêuticas, o cancro do pulmão associa-se a mau prognóstico.

Descreve-se o caso de uma doente do sexo feminino, 80 anos, caucasiana, com antecedentes de hipertensão arterial e hipertiroidismo. Sem história conhecida de tabagismo ou de neoplasia maligna. Foi referenciada à consulta de Medicina Interna no contexto de síncope inaugural. Na história clínica, a doente referia ainda astenia e infecções respiratórias de repetição com cerca de dois anos de evolução.

Iniciou-se a investigação da síncope com a realização de um ecocardiograma transtorácico que demonstrou a presença de uma massa na aurícula esquerda de grandes dimensões, com pequena cavitação, fazendo protusão diastólica para o ventrículo esquerdo. Não sendo possível identificar os seus limites, procedeu-se à realização de uma ressonância magnética cardíaca que confirmou a presença de uma massa na aurícula esquerda, de contornos irregulares, que se continuava com uma formação pulmonar de grandes dimensões, ocupando a quase totalidade do hemitórax esquerdo, sugestiva de neoplasia do pulmão com invasão da aurícula esquerda (*Fig. 1*). Realizou-se punção aspirativa transtorácica guiada por TC (*Fig. 2*). O resultado histológico revelou um adenocarcinoma do pulmão. A doente iniciou quimioterapia. No entanto, acabou por falecer.



Ressonância Magnética cardíaca (ponderação T2, corte coronal) demonstrando uma massa pulmonar de grandes dimensões invadindo a aurícula esquerda.

FIG. 1



Punção aspirativa transtorácica guiada por TC (corte axial, doente em decúbito ventral).

FIG. 2

As metástases cardíacas são raras e associam-se a mau prognóstico.² Os tumores mais frequentemente implicados são o do pulmão, linfoma e melanoma.² Clinicamente manifestam-se com envolvimento do pericárdio (derrame, pericardite, tamponamento), distúrbios do ritmo e da condução, insuficiência cardíaca ou embolia.^{2,3} Indicam doença avançada, mas raramente são a causa de morte. Na suspeita clínica, o ecocardiograma é, habitualmente, o método inicial de diagnóstico,^{3,4} devendo ser complementado com ressonância magnética para esclarecimento da extensão e natureza das lesões.⁴ ■

Bibliografia

1. Fauchen Chen, William F Bina, Philip Cole, Declining Incidence Rate of Lung Adenocarcinoma in the United States, *Chest* 2007; 131(4): 1000-1005.
2. K. Reynen, U. Kockeritz, R. H. Strasser, Metastases to the Heart, *Annals of Oncology* 2004; 15: 375-381.
3. A. D. Borsaru, K. Lau, P. Solin, Cardiac Metastasis: a Cause of Recurrent Pulmonary Emboli, *The British Journal of Radiology* 2007: 50-53.
4. Krombach GA et al. Heart Tumors: Magnetic Resonance Imaging and Multislice Spiral CT, *Rofo* 2005; 177(9):1205-1218.

Serviço de Medicina III - Hospital Pulido Valente (Centro Hospitalar Lisboa Norte).

Recebido para publicação a 29.06.09

Aceite para publicação a 08.01.10