



**20º CONGRESSO DE
CIRURGIA
RIO DE JANEIRO**

17 a 19/09/2020 | EVENTO VIRTUAL

O cirurgião geral de hoje

DERRAME PERICÁRDICO CAUSADO POR CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS METASTÁTICO: UMA CAUSA RARA DE TAMPONAMENTO CARDÍACO

Fabio Mitsuhiro Satake¹, Erlon de Avila Carvalho¹, Marina Varela Braga de Oliveira¹, Rafael Reis¹, Isabela Oliveira Campos², Rafael Brito Fontella², Ricardo José Pinheiro Reis Filho², Júlio Rezende de Andrade².

¹Hospital Alberto Cavalcanti/FHEMIG - MG. ²Faculdade de Medicina de Barbacena - MG.

INTRODUÇÃO

O câncer renal perfaz 2% a 3% das neoplasias malignas do adulto, com incidência de 7 a 10 casos por 100.000 habitantes no Brasil. O carcinoma de células claras representa 81% dos cânceres renais, seguido pelo carcinoma papilar responsável por cerca de 14% . Estima-se que 16% dos pacientes sejam diagnosticados com doença metastática, sendo a metástase pericárdica rara. No período de 1935 até 1998 houve apenas 131 casos de tamponamento cardíaco como manifestação de malignidade subjacente.

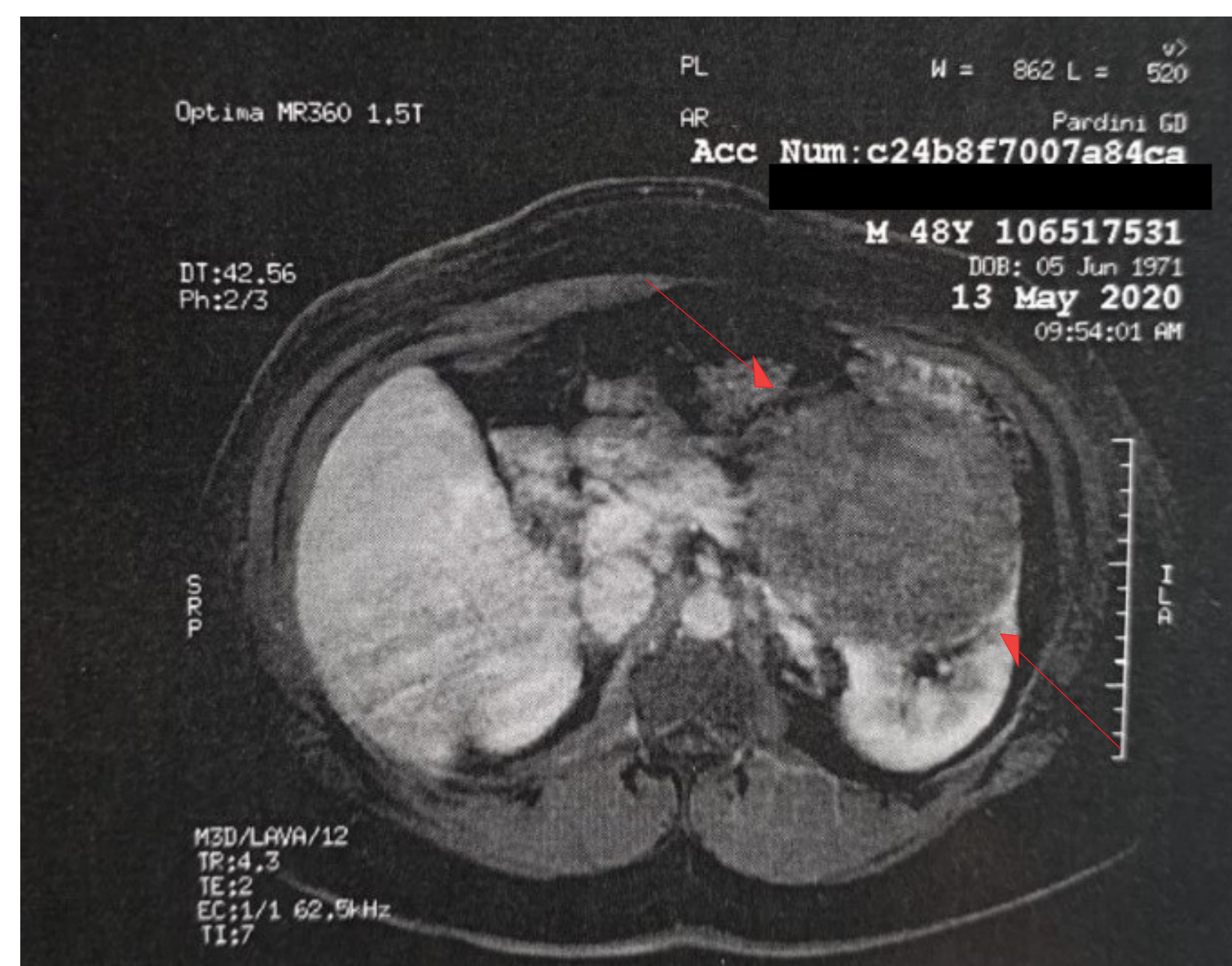
Relatamos um caso de tamponamento cardíaco causado por metástase de tumor renal de células claras e discutimos a sintomatologia, métodos de diagnóstico e a necessidade realização de intervenção cirúrgica de urgência através de toracoscopia, pericardiectomia e confecção de janela pericárdica.

RELATO DE CASO

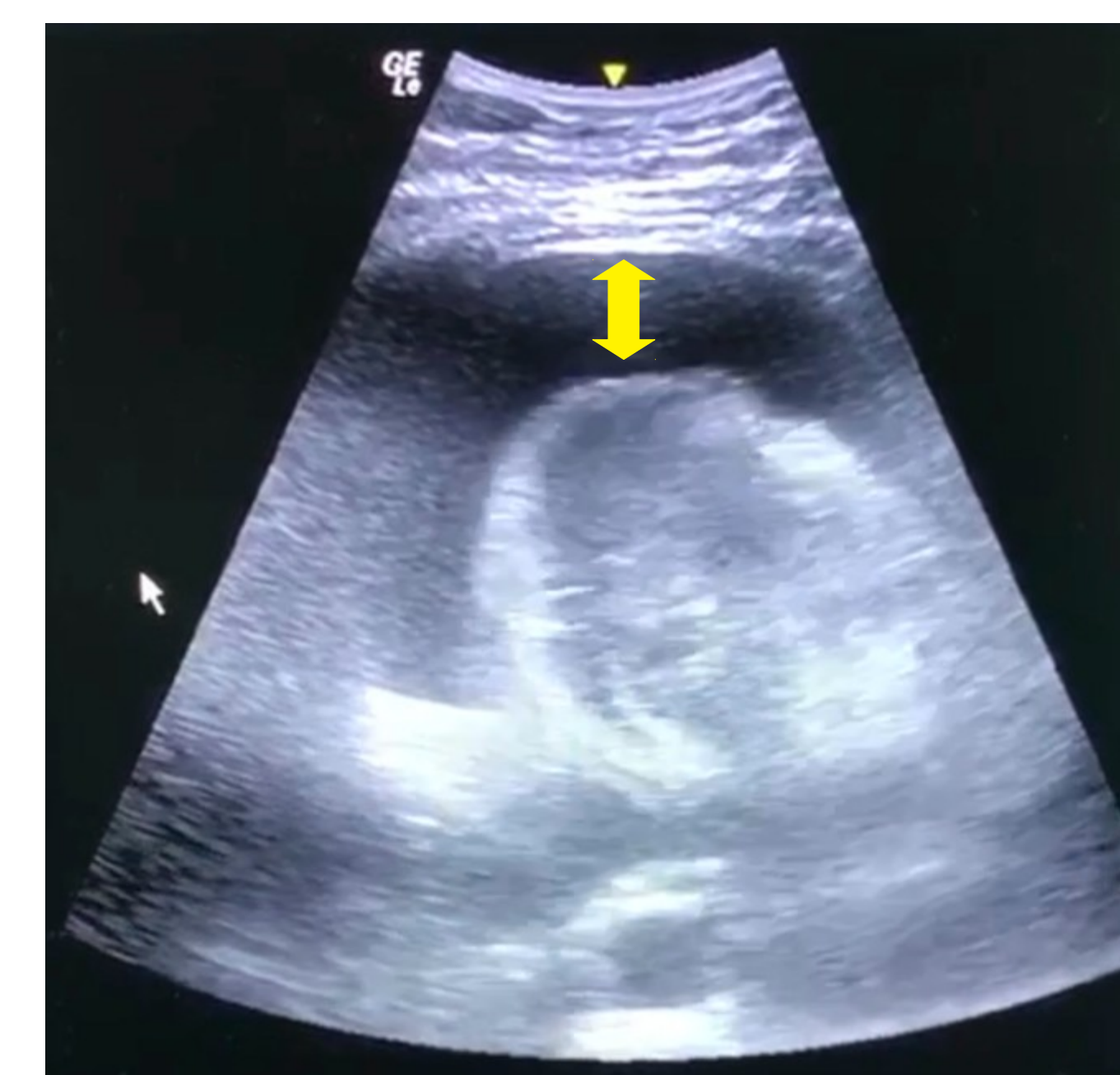
Paciente masculino, 49 anos, admitido no Hospital Alberto Cavalcanti em Belo Horizonte - MG, Brasil, dia 23/04/2020 com dispneia e tosse iniciadas há 6 meses, associado a perda ponderal de 5kg. Procurou atendimento devido a persistência e agravamento dos sintomas, apresentando na admissão ortopneia, dispneia paroxística noturna, dispneia aos esforços e tosse que se acentuava em decúbito dorsal. Sem febre, expectoração ou sintomas gripais, já havia diagnóstico prévio de DPOC de origem indeterminada, e interrogado insuficiência cardíaca. Durante o exame físico notou a presença de massa em hipocôndrio esquerdo e linfonodomegalia em cadeia cervical esquerda. Realizado Tomografia Computadorizada de tórax e abdome evidenciando massa em rim esquerdo de 15cm, sugestiva de neoplasia primária. Linfonodomegalias mediastinais, micronódulos pulmonares bilaterais e massa em suprarrenal de 2,7 cm, sugestivas de neoplasia secundária.

Foi avaliado pela Oncologia com o anatomopatológico de linfonodo cervical evidenciando fragmentos de linfonodos com células epiteliais atípicas algumas com citoplasma claro, formando massas sólidas e estruturas papilares infiltrando parênquima. A imunohistoquímica mostrou carcinoma com células claras metastático, o estudo positivo para citoceratina e expressão difusa para PAX8. Os achados favorecem que o rim é o local de origem para este carcinoma metastático.

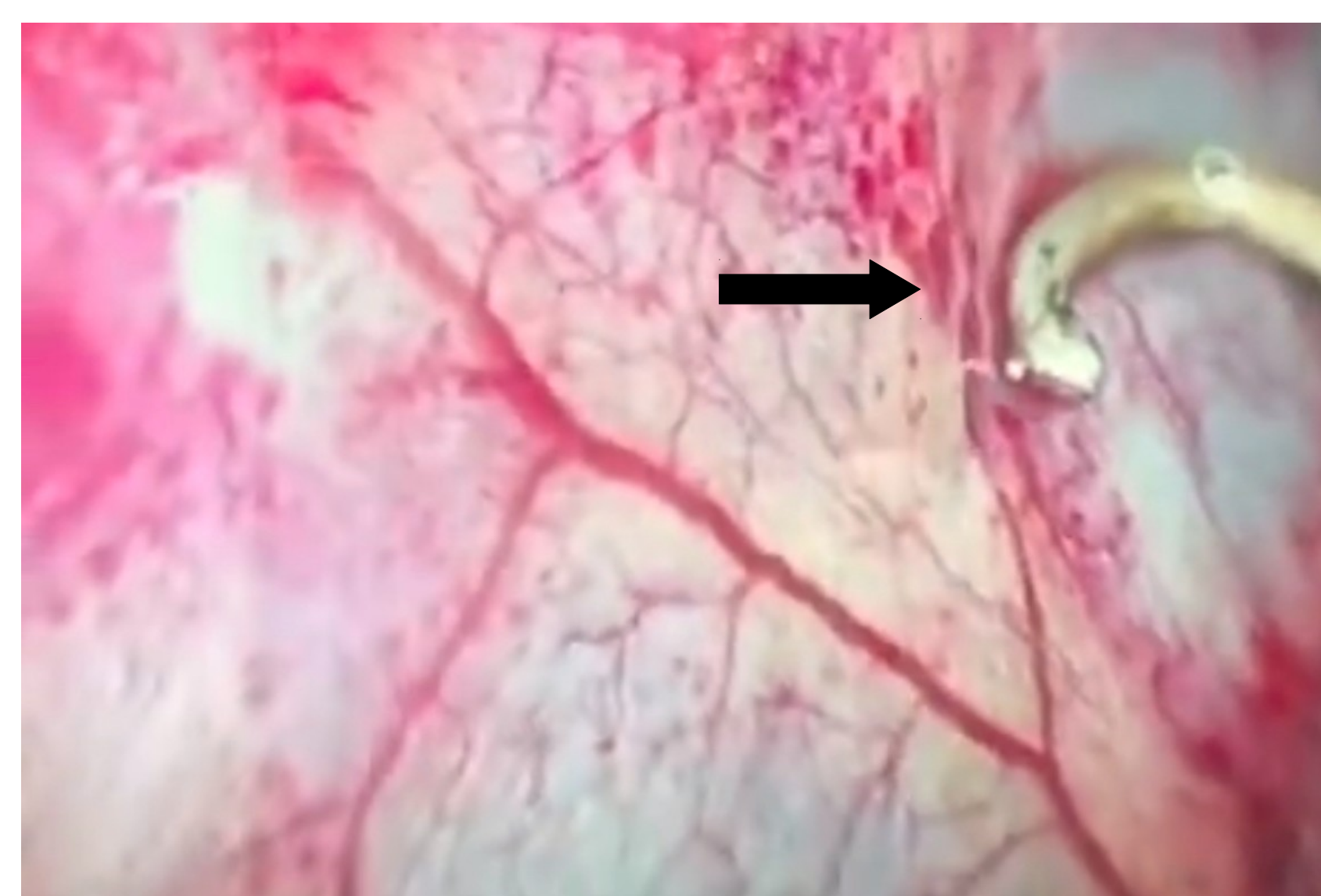
Para afastar insuficiência cardíaca, foi realizado o ecocardiograma transtorácico com função sistólica e diastólica preservada e BNP's normais. Desde do dia 17/05 paciente apresentou piora progressiva do padrão respiratório e refratariedade ao tratamento clínico. No dia 24/05 paciente foi avaliado no leito, com piora respiratória, taquicárdico, com ingurgitamento de jugular, pulso paradoxal, dor em hipocôndrio direito, ortopneia, ausculta com sibilos expiratórios e crepitações leves. Foi realizado Ultrassonografia de urgência, identificando derrame pericárdico e sinais indiretos de tamponamento cardíaco. Encaminhado para abordagem cirúrgica, sendo realizada toracoscopia. Identificou-se derrame pericárdico com posterior abertura de pericárdio com cautério Hook e drenagem de líquido sanguinolento. Confeccionada janela pericárdica e pericardiectomia de 2cm², aspirado 500ml de líquido hemático, com melhora instantânea de parâmetros hemodinâmicos. Líquido e implante de pericárdio com anatomopatológico confirmando implante metastático em pericárdio.



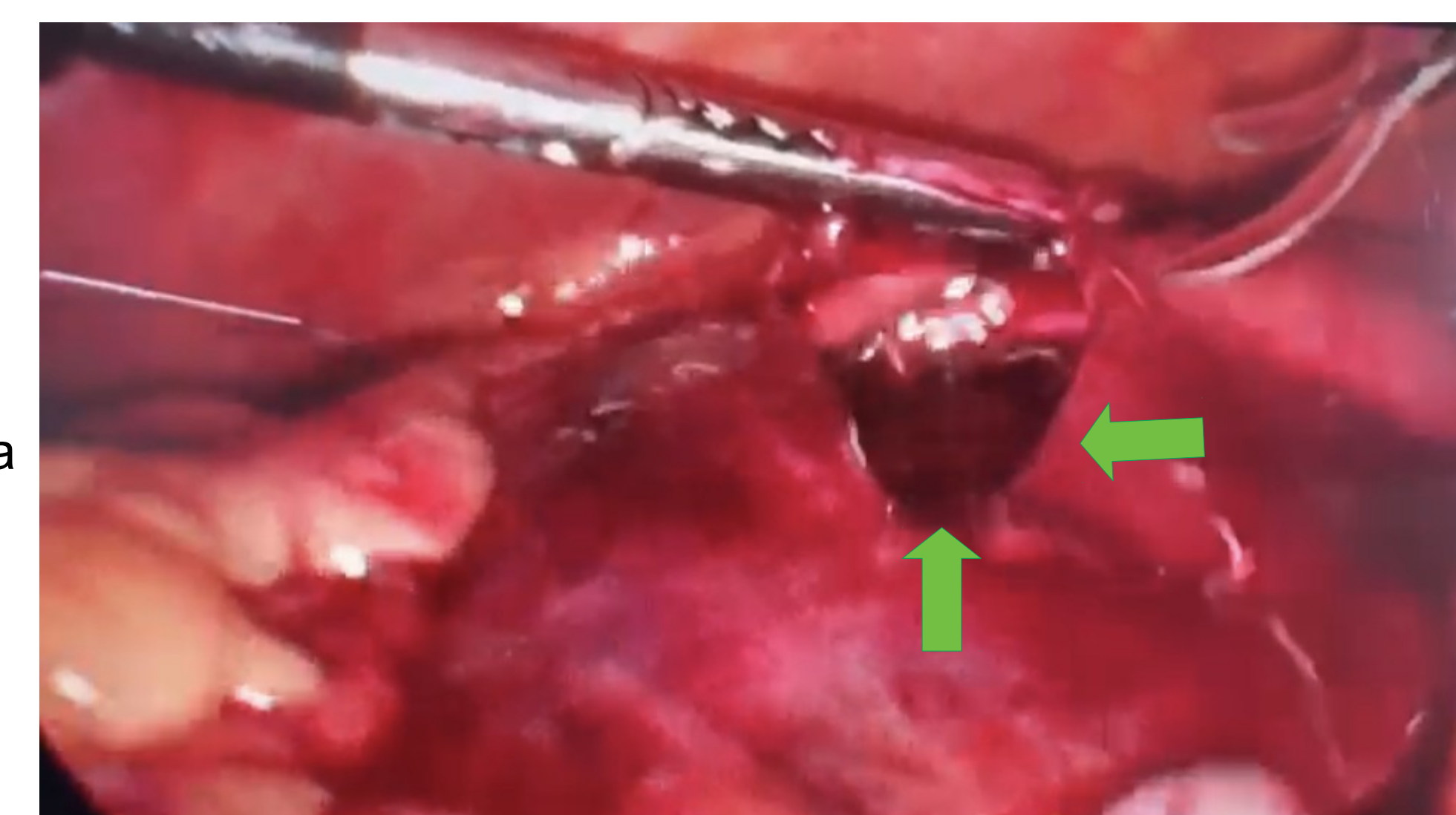
Seta Vermelha: delimitação do tumor renal



Seta amarela: derrame pericárdico



Seta preta: Hook em contato com pericárdio



Seta verde: janela pericárdica

DISCUSSÃO

No período de 1935 até 1998 houve relato de 131 casos de tamponamento cardíaco como manifestação de malignidade subjacente. Apenas um caso de câncer de células renais foi relatado nesse período: um estudo realizado entre 1999 e 2003 avaliou 219 pacientes com derrame pericárdico, 96 pacientes possuíam neoplasias e apenas um caso de células renais.

A frequência do tamponamento cardíaco como manifestação de derrame maligno é variável, depende da função cardíaca e da taxa de acúmulo e volume de líquido. Os sinais e sintomas incluem dispneia, ortopneia, baixo débito cardíaco, ingurgitamento jugular, abafamento de bulhas, pulso paradoxal e pressão de pulso reduzida. Narramos um caso de carcinoma de células renais de células claras, no qual os primeiros sintomas apresentados foram tosse e dispneia, presumivelmente, pelo derrame pericárdico. Videotoracoscopia e pericardiectomia foram indicados pela equipe cirúrgica.

O carcinoma renal de células claras que se apresenta com tamponamento cardíaco é raro na literatura. No entanto, o tamponamento cardíaco é uma condição clínica comum nos centros médicos. O caso enfatiza a importância de uma revisão completa da história, exame físico e complementar, além de expor a necessidade de realização de procedimento cirúrgico resolutivo e bem indicado.

REFERÊNCIAS:

- [1] Wunsch-Filho, V. (2002). Insights on diagnosis, prognosis and screening of renal cell carcinoma. *Sao Paulo Medical Journal*, 120(6), 163-164.
- [2] Barbosa, G. D. S., Lima, R. D., & Guimarães, R. M. (2012). Série histórica de mortalidade por neoplasias renais no Brasil (1996-2010). *Cadernos Saúde Coletiva*, 20(4), 537-540.
- [3] Bao, C., Yang, X., Xu, W., Luo, H., Xu, Z., Su, C., & Qi, X. (2013). Diabetes mellitus and incidence and mortality of kidney cancer: a meta-analysis. *Journal of diabetes and its complications*, 27(4), 357-364.
- [4] Leibovich, B. C., Lohse, C. M., Crispen, P. L., Boorjian, S. A., Thompson, R. H., Blute, M. L., & Cheville, J. C. (2010). Histological subtype is an independent predictor of outcome for patients with renal cell carcinoma. *The Journal of urology*, 183(4), 1309-1316.]