

Fibrilação atrial como consequência de cardiotoxicidade em paciente com Linfoma não Hodgkin: a propósito de um caso

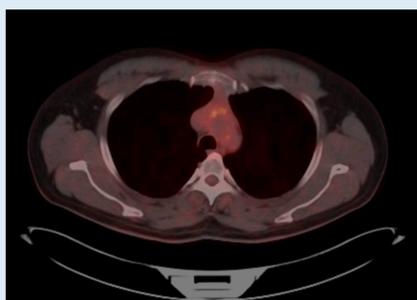
RAFAEL MOREIRA LIMA

INTRODUÇÃO

A incidência de fibrilação atrial (FA) na população com câncer (CA) é um achado mais frequente que na população geral, chegando à uma incidência de 17,4 por 1000 pessoas/ano vs 3,7 por 1000 pessoas/ano, respectivamente. O uso de quimioterápicos e a irradiação do mediastino podem gerar cardiotoxicidade, por lesão nos miócitos, vasos e/ou sistema de condução cardíaco.

RELATO DE CASO

masculino, 46 anos, diagnosticado com linfoma não Hodgkin em mediastino. Realizou quimioterapia (QT) com o esquema R-CHOP + radioterapia (RT). O PET-CT pós tratamento não evidenciou presença de neoplasia. Após 4 meses apresentou quadro de FA de alta resposta, sendo submetido à cardioversão química com sucesso. Ecocardiograma não evidenciou alteração estrutural. Recebeu alta com prescrição de propafenona e rivaroxabana. Após 3 semanas queixou-se de cansaço e hemoptise, onde foi solicitado TC de tórax, que evidenciou volumosa massa em mediastino anterior à esquerda, compatível com recidiva do linfoma. Iniciou novo ciclo de QT com regime de salvamento, esquema R-DHAP, apresentando novo episódio de FA já na primeira infusão da QT, sendo novamente submetido à cardioversão química.



PET-CT evidenciando remissão da doença neoplásica.



TC de Tórax evidenciando massa volumosa em mediastino (recidiva do linfoma).

DISCUSSÃO

A associação entre câncer e FA é maior nos primeiros 90 dias, mas permanece significativa ao longo dos próximos 5 anos. Esse aumento de incidência pode ocorrer por efeito direto do câncer, desbalanço do sistema nervoso autônomo, inflamação crônica, irradiação miocárdica por RT e/ou por decorrência de cardiotoxicidade pela QT. É de conhecimento que a doxorrubicina, rituxumabe e a cisplatina, utilizadas no tratamento deste caso, assim como a irradiação do mediastino por RT, estão relacionadas com o possível desenvolvimento de FA. O surgimento de FA em decorrência de cardiotoxicidade, pode ser um prenúncio de uma futura disfunção sistólica ventricular. Cerca de 25% da população geral com FA apresenta CA como comorbidade. O diagnóstico de FA de início recente pode preceder o diagnóstico de CA e está associado à elevadas taxas de diagnóstico de CA oculto.

CONCLUSÃO

Deve-se sempre pensar em FA no momento do diagnóstico do câncer, nos pacientes com fatores de risco, na presença de palpitação, antes e após o esquema QT e RT de mediastino.

REFERÊNCIAS

Jakobsen et al. Incidence of atrial fibrillation in different major cancer subtypes: a Nationwide population-based 12 year follow up study. BMC Cancer (2019) 19:1105

López-Fernández et al. Atrial Fibrillation in Active Cancer Patients: Expert Position Paper and Recommendations. Rev Esp Cardiol. 2019;72(9):749-59.

2022 ESC Guidelines on cardio-oncology. European Heart Journal (2022) 43, 4229-4361.