

INTRODUÇÃO

O espectro de eventos adversos imunomediados relacionados à imunoterapia não foi totalmente caracterizado. Efeitos cardiovasculares podem repercutir tanto na manutenção do tratamento oncológico, quanto no desfecho dos pacientes.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 27 anos, diagnóstico de carcinoma espinocelular de orofaringe localizado com papilomavírus positivo em 2019, tratado com esquema quimioterápico de cisplatina, docetaxel e radioterapia, apresentando remissão completa de doença. Em agosto de 2021, evoluiu com síndrome da veia cava superior e massa mediastinal de 9cm (Figura 1) com necessidade de quimioterapia (cisplatina e 5-fluoracil) e radioterapia (10 sessões). Após o segundo ciclo de quimioterapia, houve remissão da massa. Iniciado pembrolizumabe em novembro de 2021, anticorpo monoclonal agente anti-PD-1, evoluindo com hipotireoidismo e hepatite, provavelmente imunomediada. Recebeu terapia imunossupressora, com melhora evolutiva da hepatite. Em dezembro de 2022, ainda com pembrolizumabe, apresentou ao ecocardiograma aspecto de miopericardite (infiltração miocárdica) com disfunção segmentar e ventricular esquerda moderada e derrame pericárdico moderado.

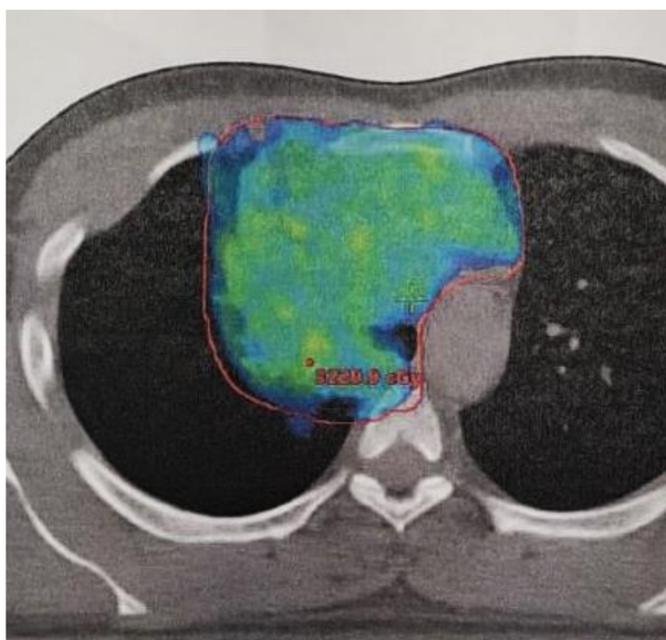


Figura 1 – Tomografia computadorizada de tórax com massa mediastinal

Foi internado com insuficiência cardíaca descompensada. Angiotomografia de tórax evidenciou nódulos com densidade de partes moles pelo parênquima pulmonar e espessamento nodular do pericárdio, prováveis implantes secundários. Tomografia de abdome demonstrou fígado com volume global preservado e densidade heterogênea devido a presença de diversos nódulos com realce irregular pelo contraste, maior medindo 4,1 cm no segmento V, determinando abaulamento do contorno hepático, aspecto sugestivo de implantes secundários. Diante de bloqueio atrioventricular de alto grau (figura 2), foi realizado implante de marcapasso definitivo. Permaneceu assintomático porém evoluiu a óbito após retorno a instituição oncológica de origem, provavelmente devido a tromboembolismo pulmonar.

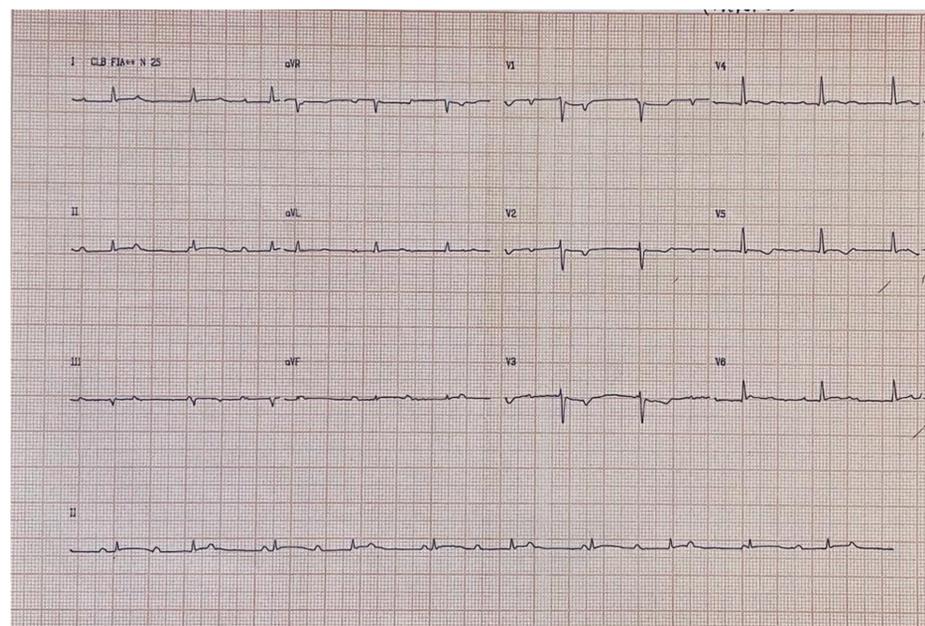


Figura 2 – Dissociação atrioventricular isorrítmica

DISCUSSÃO

Miocardite com ou sem disfunção miocárdica é descrita em pacientes tratados com imunoterapia. O aumento da expressão de PD-L1 no tecido muscular cardíaco poderia levar à morte celular de cardiomiócitos mediada por células T. O potencial cardiotoxico dessa terapêutica é incomum, mas frequentemente fulminante ou com importante morbidade, sendo necessário diagnóstico e tratamento precoces.