

Controle Bem-Sucedido de Derrame Pericárdico Maligno decorrente de Câncer Endometrial utilizando Quimioterapia Intrapericárdica: Relato de Caso

Katherine Estefania Torres Rodríguez ^{1,*}, Erika Daniela Criollo Pullupaxi ¹, Jair Sebastián Cordonez Valle ¹, Fátima Belén Del Hierro Arias ², Patricio Andrés Granja Tanquino ², Berenice Gabriela Jaramillo Eguez ³, Cindy Nicole Benavides Zavala ³

¹ Universidad de las Américas (UDLA), Facultad de Medicina, Quito, Pichincha, Ecuador.

² Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE), Quito, Ecuador.

³ Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE), Facultad de Medicina, Quito, Pichincha, Ecuador.

* Correspondence: katherine.torres.rodriguez@udla.edu.ec.

Resumo: O câncer endometrial (CE) é uma das neoplasias ginecológicas mais comuns no mundo, com incidência e mortalidade crescentes. Embora a metástase geralmente envolva linfonodos, peritônio e pulmões, o derrame pericárdico maligno (DPM) é uma complicação rara e potencialmente fatal, frequentemente associada a doença avançada e mau prognóstico. Relatamos o caso de uma mulher de 70 anos com adenocarcinoma endometrial estágio IIIB previamente tratado com cirurgia, quimioterapia e radioterapia, que apresentou, três anos depois, tamponamento cardíaco decorrente de DPM. O manejo inicial com pericardiocentese resultou em estabilização clínica; entretanto, houve recorrência precoce em 30 dias, com confirmação citológica e histopatológica de carcinoma metastático de origem mülleriana. Diante do alto risco de recorrência, foi instituída quimioterapia intrapericárdica com cisplatina (10 mg/20 mL por dia durante cinco dias) por meio de cateter pericárdico. A paciente tolerou bem o procedimento, sem complicações significativas ou toxicidade sistêmica. A ecocardiografia de seguimento demonstrou resolução completa do derrame, e a paciente permaneceu assintomática no acompanhamento de um mês, sem evidência de recorrência precoce. Este caso destaca a viabilidade e a eficácia da cisplatina intrapericárdica como estratégia terapêutica locorregional para DPM recorrente em pacientes selecionados. Embora as evidências sejam limitadas e derivadas principalmente de estudos observacionais, essa abordagem pode reduzir as taxas de recorrência e a necessidade de procedimentos invasivos repetidos. A quimioterapia intrapericárdica deve ser considerada dentro de um contexto multidisciplinar, especialmente em cenários paliativos nos quais o controle local é o principal objetivo.

Palavras-chave: Derrame Pericárdico Maligno; Tamponamento Cardíaco; Câncer Endometrial; Quimioterapia Intrapericárdica.

Citation: Rodríguez KET, Pullupaxi EDC, Valle JSC, Arias FBDH, Tanquino PAG, Eguez BGJ, Zavala CNB. Controle Bem-Sucedido de Derrame Pericárdico Maligno decorrente de Câncer Endometrial utilizando Quimioterapia Intrapericárdica: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec; 06(1):bjcr177.

<https://doi.org/10.52600/2163-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr177>

Received: 7 March 2026

Accepted: 25 March 2026

Published: 28 March 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

O câncer endometrial (CE) é a neoplasia ginecológica mais comum nos países desenvolvidos, e sua incidência continua a aumentar globalmente. Em 2022, foram estimados 420.368 novos casos, tendência amplamente impulsionada pelo aumento da prevalência de obesidade e estilos de vida sedentários [1]. Embora a maioria dos casos seja diagnosticada em estágios iniciais, o CE localmente avançado (incluindo o estágio IIIB da FIGO) e a doença recorrente respondem por uma parcela desproporcional da mortalidade e da

utilização de recursos em saúde, frequentemente exigindo estratégias terapêuticas multimodais. Nesse contexto, diretrizes europeias (ESGO/ESTRO/ESP) recomendam a integração de cirurgia, radioterapia externa, braquiterapia ou quimioterapia sistêmica de acordo com o estágio e fatores prognósticos. Essas diretrizes também enfatizam a incorporação de parâmetros moleculares, como a avaliação de proteínas de reparo de incompatibilidade (MMR), o status de p53 e a identificação de mutações em POLE, que melhoram a estratificação prognóstica e auxiliam na individualização das decisões terapêuticas em cenários de alto risco e recorrência [5].

Em estágios avançados ou recorrentes, o CE pode levar a diversas complicações, incluindo o derrame pericárdico maligno (DPM), uma emergência cardio-oncológica devido ao seu potencial de progressão para tamponamento cardíaco e choque obstrutivo [1–4]. Entre pacientes com câncer, o envolvimento neoplásico é responsável por uma proporção substancial dos casos de tamponamento. Quando há instabilidade hemodinâmica, a drenagem pericárdica é mandatória. Além disso, a manutenção de um cateter pericárdico por vários dias após a drenagem é recomendada para reduzir a recorrência e facilitar o manejo subsequente [10].

Um importante desafio clínico é que o DPM geralmente reflete doença avançada e frequentemente está associado a um curso recorrente. Embora a pericardiocentese guiada por imagem permaneça o procedimento de primeira linha para estabilização imediata, a recorrência do derrame e as readmissões hospitalares são comuns na prática clínica, destacando a necessidade de estratégias de controle sustentado [14]. Do ponto de vista diagnóstico, a confirmação de malignidade pode ser desafiadora: a citologia do líquido pericárdico nem sempre é conclusiva, e seu rendimento diagnóstico é variável. Portanto, a integração de dados clínicos, de imagem e bioquímicos do líquido pericárdico torna-se essencial.

Em séries oncológicas, derrames malignos geralmente apresentam baixos níveis de glicose e níveis elevados de desidrogenase láctica (LDH), além de um curso persistente ou recorrente. Esses achados sugerem fortemente etiologia neoplásica quando coexistem com tamponamento cardíaco ou histórico conhecido de câncer. Em neoplasias ginecológicas, o suporte imuno-histoquímico, como positividade para PAX8 e receptores hormonais com marcadores pulmonares negativos, pode ser crucial para estabelecer origem mülleriana quando a apresentação corresponde a um sítio metastático incomum [10].

Para o manejo do DPM recorrente, as opções disponíveis incluem drenagem prolongada, janela pericárdica e pericardiodeses químicas. No entanto, as evidências comparativas permanecem heterogêneas, e não há um padrão universal estabelecido [14]. Nesse contexto, a instilação intrapericárdica de cisplatina tem sido descrita como uma estratégia de controle locorregional destinada a reduzir a recorrência após drenagem, com a potencial vantagem de ser menos invasiva que as opções cirúrgicas e reprodutível em cenários paliativos selecionados. Séries contemporâneas e coortes retrospectivas em tumores sólidos sugerem viabilidade e perfis de segurança aceitáveis, apoiando sua integração como opção terapêutica dentro de abordagens multidisciplinares quando a recorrência precoce após drenagem confere alto risco de nova descompensação [13].

Com base nessas considerações, apresentamos o caso de uma paciente com CE previamente tratado com intenção curativa que desenvolveu DPM recorrente com comprometimento hemodinâmico e confirmação histopatológica e imunofenotípica de origem mülleriana. A cisplatina intrapericárdica foi utilizada como estratégia de controle local. Adicionalmente, revisamos a literatura recente com foco em critérios de seleção, esquemas de administração, desfechos clínicos como controle do derrame ou recorrência, e aspectos de segurança relevantes para a tomada de decisão clínica.

2. Case Report

Uma mulher de 70 anos, com histórico médico de hipertensão arterial em uso de enalapril 10 mg ao dia e diabetes mellitus tipo 2 tratada com metformina 850 mg a cada 12

horas, foi diagnosticada em junho de 2021 com câncer endometrial estágio IIIB devido à extensão locorregional. Em séries contemporâneas, esse estágio está associado a uma sobrevida global estimada em 5 anos de aproximadamente 50%, sustentando uma abordagem terapêutica multimodal com intenção curativa em pacientes com adequado estado funcional.

O tratamento cirúrgico primário consistiu em histerectomia radical com salpingo-ooforectomia bilateral e estadiamento linfonodal conforme o protocolo institucional. O exame histopatológico do tumor primário revelou adenocarcinoma endometriode grau 2 (FIGO), com invasão miometrial profunda (70%), acometimento do estroma cervical e extensão parametrial, além de invasão linfovascular, com margens cirúrgicas negativas. Esses achados foram compatíveis com doença localmente avançada (pT3b) e justificaram uma abordagem terapêutica multimodal. Com base no estadiamento tumoral e nas características patológicas de alto risco, a paciente recebeu quimioterapia sistêmica adjuvante com paclitaxel e carboplatina por seis ciclos, seguida de radioterapia externa (50,4 Gy) e braquiterapia vaginal (21 Gy). Permaneceu em acompanhamento oncológico no Hospital de Especialidades das Forças Armadas nº 1, Quito, Equador.

A ausência de caracterização molecular (POLE, MMR, p53) representa uma limitação relevante, particularmente no contexto da classificação integrada proposta pelas diretrizes ESGO/ESTRO/ESP, que permite uma estratificação prognóstica mais precisa. Essa limitação impede a classificação do caso em subgrupos moleculares com comportamentos clínicos distintos, como POLEmut, MMRd ou p53abn, restringindo assim a extrapolação dos achados e sua generalização para a prática oncológica contemporânea. A paciente apresentou aproximadamente três anos de sobrevida livre de doença sob vigilância ativa, sem evidência clínica de recorrência, até novembro de 2024, quando procurou o serviço de emergência com dispneia progressiva há sete dias, ortopneia, astenia e leve pressão torácica, com piora acentuada nas 24 horas precedentes.

Na admissão, encontrava-se hemodinamicamente instável, com pressão arterial de 86/54 mmHg, frequência cardíaca de 122 batimentos por minuto, frequência respiratória de 28 incursões por minuto, saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente e temperatura de 36,7 °C. Ao exame físico, apresentava turgência jugular, bulhas cardíacas hipofonéticas, pele fria com perfusão distal diminuída e pulso paradoxal clinicamente evidente, sem sinais sugestivos de infecção sistêmica.

Os exames laboratoriais iniciais demonstraram anemia normocítica e alterações compatíveis com doença sistêmica. O hemograma revelou hemoglobina de 9,8 g/dL (referência 11,3–17,6), hematócrito de 30% (34,7–46,6), volume corpuscular médio de 86 fL (80–100), plaquetas de $312 \times 10^3/\mu\text{L}$ (131–387), leucocitose de $11,4 \times 10^3/\mu\text{L}$ (4,0–9,75) e neutrofilia de 78% (41,2–73,5). A análise de eletrólitos evidenciou hiponatremia leve (130 mmol/L; referência 137–147), potássio de 4,5 mmol/L (3,5–5,3), cloro de 99 mmol/L (99–110) e bicarbonato de 20 mmol/L (22–26). A bioquímica sérica mostrou creatinina de 1,1 mg/dL (0,8–1,3), ureia de 26 mg/dL (16,8–43,4) e hiperglicemia de 214 mg/dL (70–99). As provas de função hepática estavam dentro dos limites normais: AST 28 U/L (0–31), ALT 22 U/L (0–34) e bilirrubina total de 0,8 mg/dL (0,3–1,1), com albumina de 3,0 g/dL (3,5–5,5). A proteína C reativa estava marcadamente elevada em 38 mg/dL (0–0,4). A troponina ultrasensível foi negativa, e o INR foi de 1,1. O eletrocardiograma demonstrou taquicardia sinusal com complexos QRS de baixa voltagem, sem alterações isquêmicas.

A tomografia computadorizada de tórax evidenciou um derrame pericárdico de grande volume, com baixa atenuação (aproximadamente 4 UH), com volume estimado em 904 cm³ (Figura 1). Embora esse valor sugira conteúdo relativamente hipoatenuante, a atenuação na TC foi interpretada apenas como um achado de apoio e não como critério definitivo de transudato, uma vez que a caracterização final dependia da análise do líquido e da citologia. A ecocardiografia transtorácica demonstrou derrame pericárdico grave, não loculado, com volume estimado de 1000 mL (Figura 2A), associado a colapso diastólico do átrio direito e do ventrículo direito, veia cava inferior dilatada com redução

do colapso inspiratório e aumento da variação respiratória dos fluxos de enchimento ventricular, achados compatíveis com tamponamento cardíaco (Figura 2B).

Figura 1. Tomografia computadorizada de tórax sem contraste: observa-se um volumoso derrame pericárdico com baixa atenuação, consistente com padrão transudativo (densidade ≈ 4 unidades Hounsfield), com volume estimado de aproximadamente 904 cm³ (seta amarela).

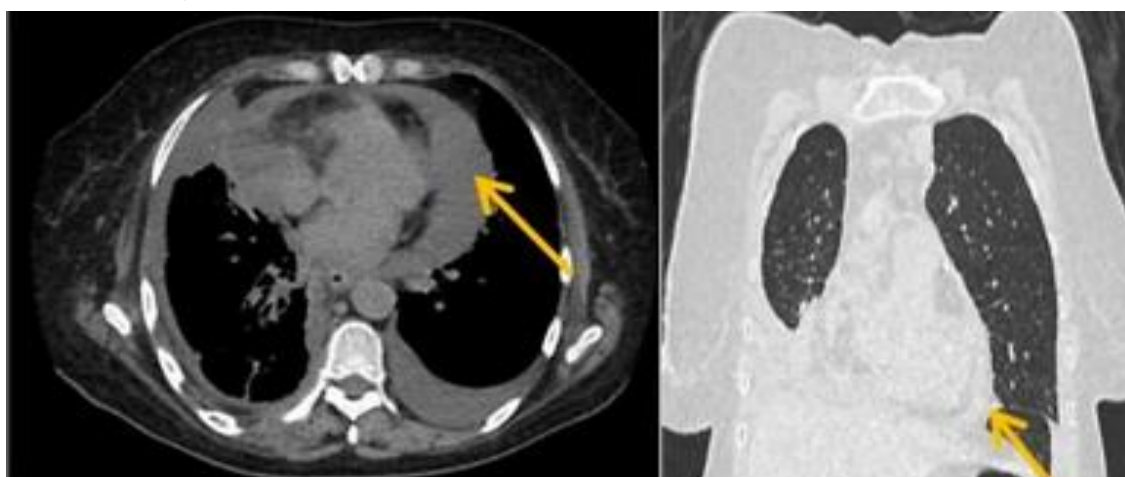
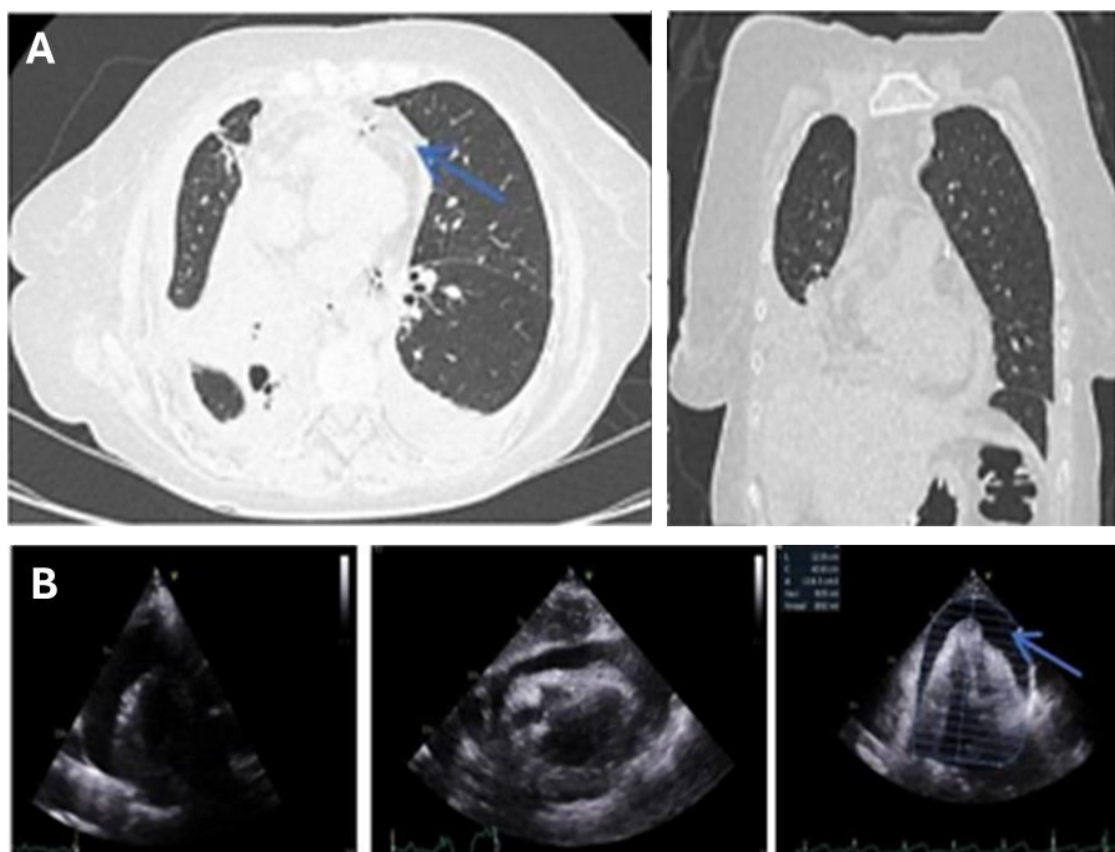


Figure 2. A. Imagens axiais e coronais de tomografia computadorizada demonstrando derrame pericárdico (seta azul). B. Ecocardiografia: derrame pericárdico grave, não loculado, com volume estimado de aproximadamente 1000 mL, evidenciando sinais de tamponamento cardíaco, incluindo colapso do átrio direito e do ventrículo direito (seta azul).



Para a administração de cisplatina, foi posicionado um cateter pigtail no espaço pericárdico, confirmando posicionamento adequado e drenagem inicial. Antes do início do esquema, foram administrados 100 mg de hidrocortisona intravenosa. Em seguida, 10 mg de cisplatina diluídos em 20 mL de solução salina foram instilados ao longo de 10 minutos, com monitorização contínua da pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio.

Após cada instilação, o cateter foi mantido fechado por 2 horas para maximizar a exposição local e, em seguida, reaberto para drenagem. O esquema foi repetido diariamente por 5 dias consecutivos. Essa abordagem foi selecionada de acordo com protocolos historicamente descritos de cisplatina intrapericárdica na literatura (10 mg em 20 mL por 1–5 dias; dose cumulativa máxima de 50 mg), com o objetivo de maximizar a exposição local com mínima absorção sistêmica. A manutenção do cateter durante esse período permitiu drenagem seriada e administração repetida sem necessidade de novas punções.

3. Discussão

De acordo com o GLOBOCAN 2022 (IARC/OMS), o câncer endometrial foi responsável por 420.368 novos casos e 97.723 óbitos em todo o mundo em 2022, refletindo uma carga significativa de doença e mortalidade substancial mesmo na era das terapias multimodais [8]. Nos Estados Unidos, a incidência de câncer uterino, predominantemente endometrial, foi de 28,3 por 100.000 mulheres por ano no período de 2018–2022, com uma taxa de mortalidade de 5,3 por 100.000 mulheres por ano com base nos óbitos registrados entre 2019–2023, destacando seu impacto persistente na saúde pública [2].

Em relação ao prognóstico de acordo com a extensão da doença, dados populacionais de sobrevida (SEER) relatam uma sobrevida relativa em 5 anos de aproximadamente 72% para doença regional, o que corresponde aproximadamente a cenários de estágio III, embora não seja equivalente 1:1 ao estágio IIIB da FIGO, e cerca de 22% para doença metastática à distância [9]. Esses dados contextualizam o risco oncológico basal em tumores localmente avançados (estágio clínico IIIB) e a plausibilidade de recorrências tardias ou manifestações metastáticas atípicas.

No presente caso, a paciente foi admitida em novembro de 2024 com tamponamento cardíaco devido a um volumoso derrame pericárdico maligno (DPM), confirmado por tomografia computadorizada e ecocardiografia. A primeira pericardiocentese (Tabela 1) drenou 500 mL de líquido sero-hemático, resultando em estabilização hemodinâmica imediata e melhora clínica. O derrame foi classificado como maligno com base na combinação de microbiologia negativa, ADA negativo e citologia positiva para células malignas no líquido pericárdico, achados consistentes com derrame pericárdico de origem neoplásica. Houve recorrência clínica após 30 dias, com novo derrame maligno. Uma segunda pericardiocentese foi realizada (drenagem de 450 mL), e a avaliação histopatológica confirmou carcinoma metastático, com imunofenótipo compatível com origem mülleriana/endometrial.

Tabela 1. Análise do líquido pericárdico (primeira pericardiocentese).

Parâmetro	Resultado
Aparência	Serossanguinolento
Hemácias	180.000/ μ L
Leucócitos totais	1.250/ μ L
Diferencial	Linfócitos 62%Neutrófilos 28%Macrófagos 10%
Proteínas	4,8 g/dL
LDH	1.120 U/L
Glicose	46 mg/dL

pH	7,28
Gram/cultura	Negativo
ADA	Negativo
Citologia	Positiva para células malignas (carcinoma)

O derrame pericárdico maligno representa uma complicação cardio-oncológica grave. Em pacientes oncológicos, o câncer é responsável por aproximadamente um terço dos casos de tamponamento cardíaco [6]. A apresentação com tamponamento cardíaco é comum; em uma coorte recente de pacientes submetidos à instilação intrapericárdica de cisplatina, 88% apresentavam evidência ecocardiográfica de tamponamento. Após drenagem isolada, a recorrência precoce é um importante problema clínico. Nesse sentido, a literatura relata taxas de recorrência precoce de até 70% após pericardiocentese, apoiando a consideração de estratégias adicionais de controle local em casos selecionados [11].

As principais complicações clínicas do derrame pericárdico maligno incluem tamponamento cardíaco no diagnóstico em aproximadamente 50–88% dos casos, altas taxas de recorrência precoce após drenagem, alcançando valores próximos a 70%, e prognóstico global desfavorável após o diagnóstico de DPM, com sobrevida mediana geralmente medida em meses. Por exemplo, uma coorte recente na qual foi administrada cisplatina intrapericárdica relatou sobrevida mediana de 5,4 meses a partir do diagnóstico de DPM, amplamente determinada pela progressão da neoplasia subjacente [11].

Diante da recorrência precoce (30 dias), da confirmação citológica e histológica de malignidade e do objetivo de minimizar intervenções repetidas, optou-se por controle local com quimioterapia intrapericárdica por meio de cateter pigtail. Foi administrada cisplatina intrapericárdica na dose de 10 mg diluída em 20 mL de solução salina ao longo de 10 minutos, com pré-medicação com 100 mg de hidrocortisona intravenosa. O cateter foi clampeado por duas horas após cada instilação, e o esquema foi repetido diariamente por cinco dias. A paciente não apresentou complicações hemodinâmicas durante o procedimento. No ecocardiograma de controle realizado três dias após a conclusão da terapia, não se observou derrame pericárdico residual. A paciente recebeu alta hospitalar e permaneceu assintomática no seguimento de um mês, sem evidência clínica de recorrência precoce.

O curso clínico observado nesta paciente (Tabela 2), com ausência de recorrência no acompanhamento ecocardiográfico precoce, é consistente com os resultados publicados sobre cisplatina intrapericárdica no derrame pericárdico maligno. Por exemplo, um estudo clássico relatou prevenção de recorrência em 92,8% dos pacientes durante os primeiros três meses e em 83,3% aos seis meses após a terapia com cisplatina intrapericárdica [12]. Em uma coorte recente utilizando protocolo de instilação de cisplatina, a taxa de recorrência nos primeiros 30 dias foi de 4,9% [11]. Esses dados sustentam que, em cenários selecionados com alto risco de recorrência após drenagem, a cisplatina intrapericárdica pode estar associada a baixas taxas de recorrência precoce, embora não modifique necessariamente o prognóstico global determinado pela neoplasia subjacente [12].

A paciente apresentou carcinoma endometriode localmente avançado (pT3b) com características patológicas de alto risco (invasão miometrial profunda, acometimento cervical e parametrial e invasão linfovascular). Nesse contexto, a abordagem multimodal implementada em 2021, cirurgia com intenção de ressecção completa seguida de quimioterapia adjuvante baseada em carboplatina/paclitaxel e radioterapia pélvica com braquiterapia vaginal, é consistente com as recomendações contemporâneas para doença avançada e de alto risco, nas quais o controle locorregional e a redução da recorrência sistêmica são priorizados por meio de tratamento combinado individualizado. A obtenção de margens negativas proporcionou controle local, enquanto a terapia adjuvante sistêmica e a irradiação complementar abordaram o elevado risco de recorrência característico da doença pT3; portanto, a estratégia inicial é clinicamente defensável à luz dos padrões atuais

[5]. A ausência de caracterização molecular do tumor primário (POLE, MMR, p53) representa uma limitação relevante no âmbito da classificação integrada ESGO/ESTRO/ESP, pois impede a atribuição do caso a subgrupos moleculares com comportamento biológico e prognóstico distintos, limitando a extrapolação dos achados e sua generalização clínica.

Tabela 2. Evolução clínica e desfechos.

Variável	Evento inicial	Recorrência (30 dias)	Pós-cisplatina intrapericárdica
Apresentação	Tamponamento cardíaco maligno	Dispneia + dessaturação	Assintomática
Volume drenado	500 mL	450 mL	N/A
Microbiologia/ADA	Negativo/ADA negativo	Negativo/ADA negativo	-
Citologia	Positiva para carcinoma	Positiva para células malignas	-
Histopatologia	-	Carcinoma metastático	-
Intervenção local	Pericardiocentese	Pericardiocentese	Instilação de cisplatina 10 mg/20 mL/dia ×5, clamp 2 h
Complicações do procedimento	Não	Não	Não
Ecocardiograma de controle	Derrame grave com colapso de câmaras	Derrame recorrente	Sem derrame (dia 3)
Seguimento precoce	-	Recorrência sintomática	Sem recorrência clínica em 1 mês

Anos depois, a paciente apresentou derrame pericárdico maligno (DPM) e tamponamento cardíaco, confirmados por ecocardiografia e citologia positiva, com exclusão razoável de etiologia infecciosa (culturas e ADA negativos). A tomografia computadorizada foi realizada durante a avaliação inicial do episódio, antes da documentação ecocardiográfica formal da fisiologia de tamponamento; uma vez estabelecido o comprometimento hemodinâmico pela ecocardiografia, a drenagem urgente foi realizada sem atraso. Reconhecemos que, na prática contemporânea, o ultrassom à beira do leito constitui a ferramenta diagnóstica de primeira linha na suspeita de tamponamento. O ponto de inflexão clínico foi a recorrência precoce aos 30 dias após a drenagem inicial, associada à confirmação histológica de carcinoma metastático e a um imunoperfil compatível com origem mülleriana (PAX8+/CK7+/ER+, WT1-, TTF-1/Napsina A-).

Embora o GATA3 não estivesse disponível no painel inicial, a combinação de positividade para PAX8 e receptor de estrogênio, associada à negatividade para TTF-1/Napsina A e ao histórico oncológico prévio, favoreceu uma origem ginecológica-endometrial; no entanto, a ausência de GATA3 deve ser reconhecida como uma limitação diagnóstica formal no diagnóstico diferencial com outros tumores primários. Em pacientes oncológicos, a recorrência precoce após pericardiocentese representa precisamente o cenário em que o objetivo terapêutico se desloca da descompressão aguda para o controle local do espaço pericárdico, visando reduzir a reacomulação, procedimentos repetidos e o risco de nova descompensação hemodinâmica [15].

A decisão de utilizar quimioterapia intrapericárdica com cisplatina baseou-se em quatro elementos-chave: (1) recorrência precoce após drenagem; (2) confirmação citoló-

gica e histológica de malignidade; (3) necessidade de uma estratégia de controle local menos invasiva e reprodutível em um contexto paliativo; e (4) existência de experiência publicada com cisplatina intrapericárdica em regimes de baixas doses e múltiplas aplicações. A escolha da cisplatina em vez de carboplatina ou bleomicina foi sustentada principalmente por evidências mais consistentes de controle locorregional intrapericárdico e por sua capacidade de alcançar altas concentrações locais, em vez de efeito terapêutico sistêmico. Considerando que a exposição prévia foi à carboplatina sistêmica e não à cisplatina intrapericárdica, o objetivo não foi tratar doença sistêmica sensível à platina, mas sim limitar a reaccumulação de líquido em um compartimento anatômico fechado. Nesse contexto, a possível resistência à platina permanece uma consideração biológica válida, mas não necessariamente impede um efeito paliativo local no espaço pericárdico. O protocolo utilizado (10 mg em 20 mL diariamente por 5 dias, com clampeamento do cateter por 2 horas) está alinhado com séries clássicas e coortes contemporâneas, nas quais instilações repetidas permitiram exposição local cumulativa com baixas taxas de toxicidade sistêmica.

Em relação à efetividade comparativa, as evidências recentes sobre cisplatina intrapericárdica derivam, em sua maioria, de estudos observacionais, mas convergem para sinais clinicamente relevantes: baixa recorrência precoce, tolerabilidade aceitável e viabilidade dentro de fluxos de cuidado multidisciplinares. Em uma coorte retrospectiva contemporânea com 41 pacientes com tumores sólidos e DPM confirmado por citologia, a cisplatina intrapericárdica foi administrada uma mediana de quatro vezes, com taxa de recorrência em 30 dias de 4,9% e ausência de eventos fatais relacionados ao procedimento. Esses achados são consistentes com séries anteriores que utilizaram 10 mg em 20 mL por 3–5 dias, com doses cumulativas de até 50 mg e mínima absorção sistêmica detectável. Portanto, o desfecho observado em nossa paciente, ausência de derrame na ecocardiografia de seguimento e estabilidade clínica no acompanhamento precoce, deve ser interpretado como evidência de controle local precoce, e não como prova de benefício em sobrevida.

A quimioterapia intrapericárdica oferece vantagens comparativas em relação a outras abordagens paliativas nesse padrão metastático. A pericardiocentese repetida, embora eficaz para descompressão aguda, está associada a recorrência frequente no DPM. Em coortes oncológicas, a manutenção de dreno pericárdico por 3–5 dias tem sido associada a menores taxas de recorrência e baixo risco de infecção, apoiando a manutenção temporária do cateter quando se busca drenagem prolongada e/ou terapia local. Em comparação com a janela pericárdica cirúrgica, a terapia intrapericárdica representa uma intervenção menos invasiva, potencialmente preferível quando o objetivo é evitar anestesia geral e morbidade operatória em pacientes com doença metastática e intenção paliativa. Ainda assim, a cirurgia mantém papel em cenários selecionados, como derrames loculados, recorrência refratária ou pacientes com maior expectativa de vida [10–16].

Embora promissora, essa terapia requer monitorização rigorosa para detecção de complicações relacionadas à instilação e ao uso do cateter (arritmias, dor/pericardite, infecção e toxicidade sistêmica). Em nosso caso, não foram documentadas complicações clínicas maiores nem comprometimento renal agudo durante a internação; entretanto, reconhecemos que o manuscrito original não detalhava suficientemente o monitoramento de toxicidade, aspecto que foi agora esclarecido. As principais limitações deste relato são: (1) ausência de classificação molecular do tumor primário (POLE/MMR/p53), impedindo integração completa aos modelos atuais de estratificação molecular; (2) ausência de GATA3 no painel imuno-histoquímico; (3) ausência de uma avaliação oncológica sistêmica mais abrangente além do compartimento pericárdico no evento índice; e (4) curto tempo de seguimento após a instilação, limitado a um mês na versão atual. Assim, nossos achados devem ser interpretados como evidência de controle precoce do derrame e viabilidade técnica, e não de controle local duradouro.

De forma geral, este caso descreve uma neoplasia endometrial inicialmente tratada com intenção curativa por meio de uma abordagem multimodal em conformidade com diretrizes, seguida anos depois por uma recaída metastática incomum envolvendo o pericárdio. A recorrência precoce do derrame após drenagem e sua confirmação patológica justificaram a mudança do objetivo terapêutico para controle local paliativo. Nesse contexto, a cisplatina intrapericárdica, administrada por meio de protocolo padronizado e monitorado, permitiu a resolução do derrame e melhora clínica sem toxicidade relevante, apoiando sua consideração como alternativa menos invasiva para DPM recorrente em pacientes selecionados, especialmente quando o objetivo é reduzir reinternações e procedimentos repetidos.

4. Conclusão

No câncer endometrial, a cirurgia constitui o pilar do tratamento com intenção curativa em doença ressecável (estágios iniciais e uma proporção significativa dos estágios localmente avançados). Em doença de alto risco e estágio III, recomenda-se uma abordagem multimodal combinando cirurgia com quimioterapia baseada em platina e radioterapia externa, com braquiterapia vaginal conforme fatores de risco e necessidades de controle locorregional. Nesse contexto, o manejo recebido pela paciente (FIGO clínico IIIB/pT3b), com margens negativas seguido de carboplatina–paclitaxel e radioterapia pélvica com braquiterapia, está de acordo com as diretrizes contemporâneas para doença localmente avançada de alto risco e pode, portanto, ser considerado apropriado segundo os padrões atuais [5].

O derrame pericárdico maligno (DPM) decorrente de câncer endometrial é excepcional (relatado predominantemente como casos isolados), embora sua apresentação possa ser catastrófica quando se manifesta como tamponamento cardíaco [19]. Em pacientes oncológicos, o câncer responde por uma proporção relevante dos casos de tamponamento, e a recorrência após drenagem isolada é um problema clínico frequente. Assim, o objetivo terapêutico razoável no DPM recorrente é o controle local do derrame e a redução de reintervenções [20]. Nesse contexto, a quimioterapia intrapericárdica com cisplatina representa uma estratégia viável para DPM refratário ou recorrente. Evidências observacionais recentes demonstram baixas taxas de recorrência precoce — por exemplo, 4,9% em 30 dias após cisplatina intrapericárdica em uma coorte contemporânea — embora a ausência de ensaios randomizados limite a generalização e o impacto sobre a sobrevida global, que geralmente é determinado pela progressão da doença sistêmica [17]. Em nossa paciente, após o esquema de cisplatina 10 mg/20 mL diariamente por 5 dias, com clampeamento do cateter por 2 horas, foi documentada ausência de derrame na ecocardiografia de controle (3º dia após o término do esquema), sem recorrência clínica em um mês, consistente com o perfil de baixa recorrência precoce descrito na literatura para pacientes selecionados [17].

De forma geral, este caso sustenta que, em derrame pericárdico maligno (DPM) recorrente confirmado por citologia, histologia e imunofenótipo mülleriano, e dentro de um contexto de cuidados paliativos, a instilação de cisplatina intrapericárdica pode ser considerada uma alternativa viável e bem tolerada em pacientes selecionados, como parte de um processo de decisão multidisciplinar e com monitorização rigorosa. Considerando tratar-se de um caso único, evitamos extrapolar conclusões definitivas quanto à segurança global ou à durabilidade do controle local. Estudos prospectivos e séries maiores, com seguimento mais prolongado, são necessários para padronizar protocolos e definir com maior precisão desfechos clinicamente relevantes [17].

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: A paciente forneceu consentimento informado por escrito para participação, e o estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes éticas estabelecidas na Declaração de Helsinki.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. World Cancer Research Fund. Endometrial cancer statistics [Internet]. [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://www.wcrf.org/preventing-cancer/cancer-statistics/endometrial-cancer-statistics/>
2. National Cancer Institute (US). Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER). Cancer stat facts: uterine cancer [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute; [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://seer.cancer.gov/stat-facts/html/corp.html>
3. American Cancer Society. Key statistics for endometrial cancer [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer/about/key-statistics.html>
4. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Ann Oncol*. 2021;32(9):1089-1100.
5. Concin N, Matias-Guiu X, Vergote I, et al. ESGO/ESTRO/ESP guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma [Internet]. European Society of Gynaecological Oncology; 2025 [cited 2026 Mar 5]. Available from: https://guidelines.esgo.org/media/2025/09/ESGO-ESTRO-ESP-Guidelines-for-EC_LO-July-2025.pdf
6. Zhai Y, et al. Malignant pericardial effusion in cancer patients: current perspectives and management. *Cancers (Basel)*. 2024;16(20):3466.
7. Mori M, et al. Management strategies for malignant pericardial effusion in cancer patients. *JACC CardioOncol*. 2024.
8. International Agency for Research on Cancer. Corpus uteri fact sheet [Internet]. Lyon: IARC; 2022 [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/24-corpus-uteri-fact-sheet.pdf>
9. American Cancer Society. Survival rates for endometrial cancer [Internet]. Atlanta: American Cancer Society; [cited 2026 Mar 5]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>
10. Schulz-Menger J, et al. Malignant pericardial effusion: contemporary management and outcomes. *Cardiooncology*. 2024;10:207.
11. Mori M, et al. Intrapericardial cisplatin for malignant pericardial effusion: outcomes and recurrence rates. *Curr Oncol*. 2025;32(10):568.
12. Klein AL, et al. Percutaneous approach to pericardial disease management. *Curr Cardiol Rep*. 2023.
13. Adler Y, et al. Advances in the diagnosis and management of pericardial diseases. *J Clin Med*. 2025;15(1):83.
14. Schulz-Menger J, et al. Cardio-oncology considerations in malignant pericardial disease. *CJC Open*. 2024.
15. Liu H, et al. Diagnostic performance of pericardial fluid cytology in malignant pericardial effusion. *Diagnostics (Basel)*. 2022;12(2):367.
16. Schulz-Menger J, et al. Management of malignant pericardial effusion in oncology patients. *CJC Open*. 2024.
17. Mori M, et al. Intrapericardial cisplatin for recurrent malignant pericardial effusion: a cohort study. *Curr Oncol*. 2025.
18. Adler Y, et al. 2025 ESC guidelines for the management of pericardial diseases. *Eur Heart J*. 2025;46(40):3952-4013.
19. Patel N, et al. Malignant pericardial effusion secondary to gynecologic malignancy: case report and review. *Clin Case Rep*. 2020;8:e30919.
20. Li X, et al. Management strategies and outcomes of malignant pericardial effusion in thoracic oncology. *J Cardiothorac Surg*. 2025.