



As serosites na malignidade são complicações oncológicas que, quando presentes, podem representar impacto sintomático importante e possuem implicações prognósticas, pois geralmente são indicativos de doença avançada e/ou metastática e com baixa sobrevida. Podem manifestar-se como derrame pericárdico (DP), derrame pleural maligno (DPM) e ascite da malignidade (AM).

Cerca de um terço dos derrames pericárdicos são secundários aos quadros de malignidade e seus tratamentos, com sobrevida média de 2-5 meses; derrame pleural maligno acomete 15% de todos os pacientes com câncer, e a expectativa média de vida para pacientes com DPM é de 3-12 meses a depender do tipo histológico da neoplasia e comorbidades associadas. A ascite maligna e a ascite paraneoplásica possuem mecanismos de formação complexos, com redução na qualidade de vida e sobrevida média de 1-3 meses. DP e DPM geralmente são achados incidentais em exames de rotina, porém podem ser diagnosticados em situações de urgências clínicas (como tamponamento ou insuficiência respiratória), enquanto a AM pode ser tanto a primeira manifestação de doença oncológica, como acontece na neoplasia de ovário, quanto o produto de uma doença mais avançada - seja por carcinomatose cavitária, insuficiência hepática por metástases ou hipertensão portal secundária.

As serosites malignas devem ser avaliadas prontamente quanto ao seu volume e sintomatologia, com especial urgência se houver impacto hemodinâmico ou no trabalho respiratório, concomitantemente ao estudo etiológico e ponderação quanto ao status clínico do doente. A terapêutica deve ser direcionada para o alívio sintomático, levando em conta a expectativa de sobrevida, disponibilidade dos métodos na instituição, expertise das equipes e preferências do paciente na tomada de decisão. Deve-se considerar terapia sistêmica quando disponível e proporcional para controle etiológico das serosites.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- Maioria dos pacientes admitidos assintomáticos, com achado incidental de derrame cavitário em exames de imagem
- Suspeita e sinais clínicos em pacientes de alto risco para serosites:
 - DP: Taquicardia, dispnéia, dor torácica, tosse, disfonia/soluços; no tamponamento, hipotensão, turgência jugular e pulso paradoxal
 - DPM: Dispnéia, trabalho respiratório aumentado, dor torácica, tosse pleurítica, sintomas B
 - AM: Distensão abdominal, dor, náuseas/vômitos, plenitude gástrica, hiporexia, edema de membros inferiores, dispnéia
- Pericardio/Toraco/Paracentese diagnóstica (exsudativo vs. transudativo, celularidade, culturas, pesquisa de células neoplásicas)

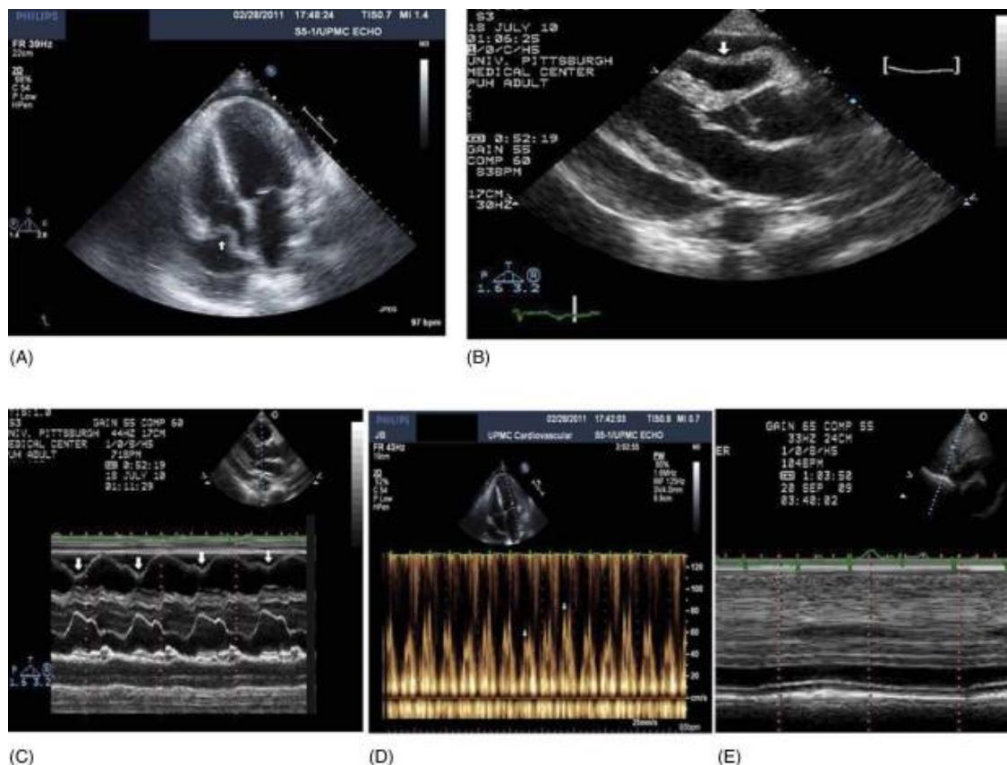
2. FATORES DE RISCO

- DP: Câncer de pulmão, mama, esôfago, pâncreas, melanoma, malignidades hematológicas, mesotelioma, RT, QT e imunoterapia
- DPM: Neoplasias de pulmão, mama e linfomas, seguidos de malignidades ginecológicas e mesotelioma
- AM: Neoplasias de ovário, gastrointestinais (pâncreas, estômago, colorretal, vias biliares), mama, fígado e linfomas

3. AVALIAÇÃO CLÍNICA

- Maioria dos pacientes são assintomáticos; nos sintomáticos, identificar sinais clínicos de risco para instabilidade (impacto hemodinâmico/respiratório, avaliação e diferenciais com USG point-of-care)
- No DP, avaliar volume do derrame e sinais de acometimento hemodinâmico no ecocardiograma, tais como colapso diastólico do AD e colapso diastólico do VD (Figura 01), para definição de conduta e prioridade
- No DPM, volumes de 200-300mL podem gerar sintomatologia significativa, enquanto derrames maciços podem ser assintomáticos
- Avaliar fatores prognósticos para tomada de decisão: prognóstico oncológico, performance, elegibilidade para tratamento sistêmico
- Avaliação sistemática de cuidados paliativos para casos selecionados (doença avançada, fragilidade, refratariedade)

Figura 01. Sinais ecográficos de tamponamento em derrame pericárdico neoplásico



Adaptado de Refaat MM, Katz WE. Neoplastic pericardial effusion. Clin Cardiol. 2011 Oct;34(10):593-8.

Ecocardiograma transtorácico (A) de um paciente com câncer de pulmão com grande derrame pericárdico neoplásico no corte apical de 4 câmaras, causando colapso do AD (seta). Eixo longo paraesternal (B) mostrando colapso diastólico do VD (seta). Ecocardiograma modo M (C) de grande derrame pericárdico neoplásico mostrando colapso diastólico do VD (setas). Doppler pulsátil (D) do fluxo de entrada da valva mitral mostrando variação respiratória > 25% na velocidade diastólica inicial com a respiração em um paciente com tamponamento cardíaco. VCI dilatada (E) sem alteração significativa com a respiração (pletora). Abreviações: VCI, veia cava inferior; AD, átrio direito; VD, ventrículo direito.

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO

- Derrames pequenos, assintomáticos e de característica subaguda/crônica podem ser seguidos ambulatorialmente com exames de imagem à critério do Oncologista/Assistente
- Ascite da malignidade é geralmente manejada via ambulatorial; pode-se optar por internação na primodescompensação e para a realização da primeira paracentese (avaliar tolerância hemodinâmica ao procedimento)
- Enfermaria: Casos onde a punção não foi indicada na urgência e não há impacto hemodinâmico ou respiratório na avaliação clínica
- Indicação de UTI para todos pacientes com instabilidade hemodinâmica/respiratória e indicação de drenagem pericárdica estendida

5. DOS PROCEDIMENTOS

- Pacientes estáveis e sem sinais clínicos de instabilidade: Agendamento na rotina pela Radiointervenção
- Pacientes estáveis e com sinais clínicos precoces de instabilidade: Urgenciar procedimento com equipe de Radiointervenção ou Cirurgia cardiotorácica (se pertinente); no caso de indisponibilidade das equipes, passível de drenagem pelo Intensivista, Emergencista, Clínico ou Cirurgião Geral com maior expertise para o procedimento
- Pacientes com instabilidade hemodinâmica/respiratória atribuída ao derrame: Drenagem emergencial com equipe de Radiointervenção ou Cirurgia cardiotorácica (se pertinente); no caso de indisponibilidade das equipes, passível de drenagem pelo Intensivista, Emergencista, Clínico ou Cirurgião Geral com maior expertise para o procedimento

ADENDO: Para maior segurança ao realizar os procedimentos, recomenda-se manter as **PLAQUETAS > 50000** e o **INR $\leq$ 1,5**

6. TRATAMENTO

- Derrame Pericárdico
 - > Pericardiocentese: Reservada para quadros com impacto hemodinâmico e/ou necessidade de punção diagnóstica
 - > Drenagem pericárdica extendida (3-5 dias): Sugerido para DP da malignidade devido menor recorrência em comparação à pericardiocentese isolada; retirada do catéter após débito < 50mL/dia
 - > Janela pericárdica ou pericardiotomia: Reservada para pacientes com recorrência persistente de DP apesar de pericardiocentese ou drenagem pericárdica extendida
 - > Quimioterapia e agentes esclerosantes no saco pericárdico não são recomendados rotineiramente
 - > AINEs e Colchicina: Reservados para quadros de DP secundários à pericardite ou quadros inflamatórios
 - > Corticoterapia sistêmica: Indicada para quadros de DP relacionados ao uso de ICIs (Prednisona ou Metilprednisolona 1 mg/kg/dia)
- Derrame Pleural Maligno
 - > Toracocentese: Punção diagnóstica e, quando necessidade de alívio, sugerido retirada de grande volume para avaliar expansão pulmonar
 - > Drenagem pleural: Sugerido drenagem torácica para DPM quando líquido exsudativo, recorrente e/ou perspectiva de pleurodese
 - > Cateter pleural implantável: Indicado, quando disponível, para DPM recorrente em pulmão expansível e sem terapia modificadora
 - > Pleurodese: Geralmente realizada por talcagem. Quimioterapia e agentes esclerosantes na cavidade pleural não são recomendados rotineiramente
 - > VATS ou Toracotomia para pleurodese/decorticação: Opção para pacientes com bom performance e pulmão encarceirado como meio de otimizar a pleurodese
- Ascite da Malignidade
 - > Paracentese: Punção diagnóstica e, quando necessidade de alívio, retirada de 4-6L costuma ser bem tolerada
 - > Albumina: Não recomendada rotineiramente para malignidade; pode ser usada 10g para cada 1L de ascite drenada na paracentese
 - > Cateter peritoneal implantável: Indicado, quando disponível, para ascite recorrente e sem terapia modificadora, com sobrevida esperada maior que 3 meses
 - > Shunt Peritônio-venoso: Opção terapêutica restrita e não indicada rotineiramente
 - > Diuréticos: Possível terapia com Espironolactona (Dose alvo ~300mg/dia) para pacientes com GASA > 1.1 g/dL
- Tratamento sistêmico para a causa básica deve ser considerado para todos os quadros de serosite da malignidade

7. ALTA DA UNIDADE

- Pacientes passíveis de alta da UTI após obtenção de estabilidade
- Não há necessidade de manutenção na UTI nos casos de pacientes assintomáticos após drenagem torácica ou abdominal
- Pacientes submetidos ao procedimento de pericardiocentese / drenagem devem permanecer pelo menos 24 horas em observação na UTI por risco de complicações, incluindo síndrome de descompressão do pericárdio
- Após drenagem pericárdica, alta apenas 24 horas após a retirada do dispositivo e se sem sinais de tamponamento ao ecocardiograma

II. GLOSSÁRIO

- DP: Derrame pericárdico
- DPM: Derrame pleural da malignidade
- AM: Ascite da malignidade
- USG: Ultrassonografia
- VCI: Veia cava inferior
- AD: Átrio direito
- VD: Ventrículo direito
- RT: Radioterapia
- QT: Quimioterapia
- VATS: *Video-Assisted Thoracic Surgery*
- GASA: Gradiente de Albumina Soro-Ascite

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

- Retificando orientação do Shunt de Denver/Citorredução/HIPEC
- Adicionado parâmetros hemostáticos de segurança para os procedimentos
- Adicionado PO pericardiocentese como indicação de vigilância na UTI

IV. REFERÊNCIAS

[1] Adler Y, Charron P. The 2015 ESC Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases. Eur Heart J. 2015 Nov 7;36(42):2873-4.

[2] Petrofsky M. Management of Malignant Pericardial Effusion. J Adv Pract Oncol. 2014 Jul-Aug;5(4):281-9.

[3] Mori S, Bertamino M, Guerisoli L, Stratoti S, Canale C, Spallarossa P, Porto I, Ameri P. Pericardial effusion in oncological patients: current knowledge and principles of management. Cardiooncology. 2024 Feb 16;10(1):8.

[4] Roberts ME, Rahman NM, Maskell NA, Bibby AC, Blyth KG, Corcoran JP, Edey A, Evison M, de Fonseca D, Hallifax R, Harden S, Lawrie I, Lim E, McCracken DJ, Mercer R, Mishra EK, Nicholson AG, Noorzad F, Opstad K, Parsonage M, Stanton AE, Walker S; BTS Pleural Guideline Development Group. British Thoracic Society Guideline for pleural disease. Thorax. 2023 Jul;78(Suppl 3):s1-s42.

[5] Bibby AC, Dorn P, Psallidas I, Porcel JM, Janssen J, Froudarakis M, Subotic D, Astoul P, Licht P, Schmid R, Scherpereel A, Rahman NM, Cardillo G, Maskell NA. ERS/EACTS statement on the management of malignant pleural effusions. Eur Respir J. 2018 Jul 27;52(1):1800349. doi: 10.1183/13993003.00349-2018. PMID: 30054348.

[6] Berger JM, Preusser M, Berghoff AS, Bergen ES. Malignant ascites: Current therapy options and treatment prospects. Cancer Treat Rev. 2023 Oct 24;121:102646.

Código Documento: CPTW477.1	Elaborador: Lucas de Carvalho Lima	Revisor: André Dubinco Amanda Valle	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 01/07/2025	Data de Aprovação: 10/10/2025
---------------------------------------	---	--	--	--	---