

TUMORES CARDIACOS

Casos clínicos-Hospital Clínico Viedma

María del Carmen Padilla Chumacero

Cardióloga-Ecocardiografista Hospital Clínico Viedma

RESUMEN

Se presentan tres casos clínicos de pacientes en quienes se diagnostican tumores cardiacos mediante ecocardiografía bidimensional doppler color en el Hospital Clínico Viedma.

ABSTRACT.-

We show up three clinical cases of patient in those who heart tumors are diagnosed by means of echocardiography two-dimensional doppler color in the Clinical Hospital Viedma.

INTRODUCCION

Los tumores cardiacos son primarios (originados en el corazón) o secundarios a metástasis de otras neoplasias. Aunque los tumores cardiacos primarios son habitualmente benignos, pueden dar lugar a síntomas sistémicos, episodios embólicos, arritmias malignas, dolor torácico e insuficiencia cardiaca, debido a estas complicaciones potenciales, se recomienda que sean extirpados siempre que sea posible. Entre los tumores cardiacos benignos, el mixoma es el más frecuente, seguido en orden decreciente por el lipoma, fibroelastoma papilar y rabiomioma.

Los tumores cardiacos malignos más frecuentes son el angiosarcoma, rabiomioma y el fibrosarcoma, su pronóstico es siempre ominoso, estos últimos son 20 a 40 veces más frecuentes que los primeros.

TUMORES PRIMARIOS BENIGNOS

CASO No 1:

Paciente del sexo femenino de 33 años de edad, que se interna en fecha 18 de abril del 2007 con signos de insuficiencia cardiaca congestiva. A la auscultación cardiaca se constata la presencia de soplo sistólico en focos mitral y tricúspide. En fecha 20 de abril de 2007 se realiza Ecocardiografía bidimensional doppler color observándose en el interior de la aurícula izquierda la presencia de una masa de aspecto heterogéneo, móvil, con punto de anclaje en el septum interauricular, que prolapsa en diástole hacia el ventrículo izquierdo atravesando la válvula mitral, compatible con mixoma (Imagen 1), presenta además insuficiencia valvular mitral secundaria de grado leve, dilatación de aurícula izquierda y cavidades derechas con insuficiencia valvular tricúspide secundaria de grado importante y signos de hipertensión pulmonar importante.

Tanto los familiares como la paciente niegan la cirugía y es dada de alta medicada con warfarina, furosemda y espironolactona.

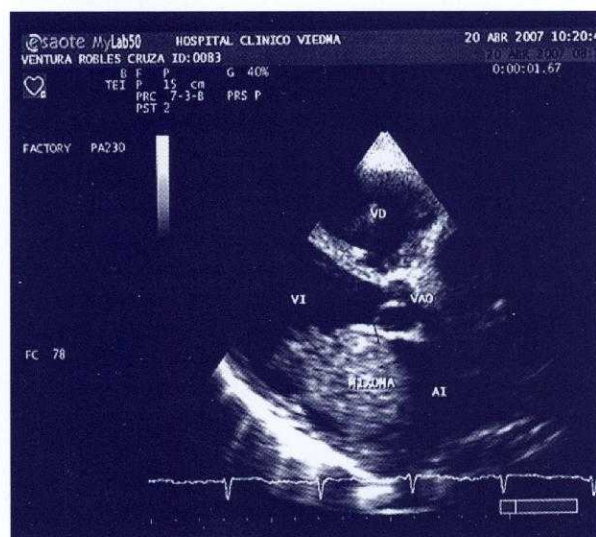


Imagen 1

Fuente: propia

COMENTARIO

El mixoma es la tumoración cardíaca más frecuente y supone entre el 20 al 30% de los tumores intracardiacos, su localización más frecuente es la aurícula izquierda con el punto de anclaje en el septo auricular, se han visto otras localizaciones y puntos de anclaje que incluyen la aurícula derecha, ventrículo derecho y ventrículo izquierdo. En el 5% de los casos, el mixoma es múltiple, la localización atípica suele asociarse a un patrón familiar en los pacientes más jóvenes (junto al lentigo y alteraciones endócrinas).

El tumor tiene una apariencia ecocardiográfica típica, se presenta como gelatinoso y friable, con necrosis central ocasional, en ocasiones tienen características vellosas y papilares con tendencia a la fragmentación dando origen a fenómenos embólicos que constituyen una de las manifestaciones clínicas más frecuentes, pueden producir obstrucción de la válvula auriculoventricular y ocasionar un ruido tumoral en la auscultación tras el segundo ruido cardíaco que puede interpretarse erróneamente como un chasquido de apertura. Tienen indicación de resección quirúrgica una vez que se los diagnostica.

TUMORES MALIGNOS SECUNDARIOS

CASO No 2:

Paciente de sexo masculino de 58 años de edad, procedente de Camiri, con antecedentes de cáncer de recto con infiltración vesical y fístula rectovesical, ingresa al Hospital Clínico Viedma en fecha 13 de febrero de 2008 para realizarse colostomía terminal.

Paciente en regular estado general, con trastornos de la conciencia, es enviado para realización de Ecocardiografía bidimensional doppler color por observarse en el electrocardiograma bloqueo AV completo con ritmo de escape infrahisiano a 42/min,

el estudio reporta la presencia de una masa móvil, alargada, mide 39 x 18 mm., con pedículo de anclaje en el apex del ventrículo izquierdo (Imagen 2), las cámaras cardíacas tienen dimensiones normales y la función sistólica del ventrículo izquierdo está preservada.

Luego del implante del marcapasos definitivo y realizada la cirugía de derivación es dado de alta en fecha 26 de febrero de 2008.

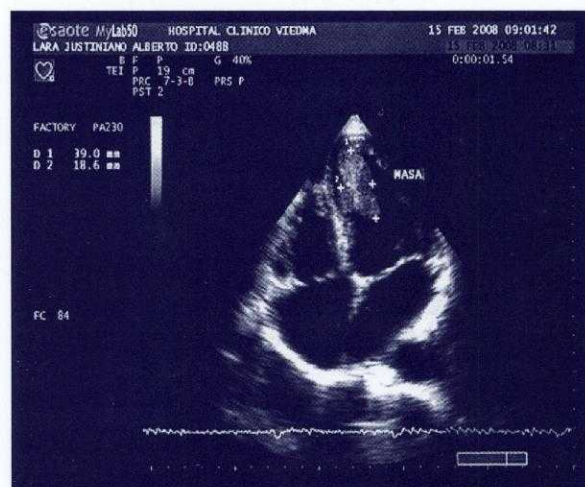


Imagen 2 Fuente: propia

COMENTARIO

Los tumores malignos que pueden metastatizar al corazón con mayor frecuencia derivan del pulmón, mama, riñón, hígado, linfoma, melanoma y sarcoma osteogénico. El hipernefroma, hepatoma y leiomiomatosis intravenosa derivada del útero, tienden a metastatizar a la vena cava inferior y a la aurícula derecha, siempre que se detecte una masa en aurícula derecha hay que estudiar cuidadosamente la vena cava inferior.

El compromiso miocárdico puede ser intramural o intracavitario, las metástasis pueden alcanzar las estructuras cardíacas por diferentes vías ya sea por extensión directa o contigüidad o por vía linfática o hematológica que es la más frecuente. El aspecto macroscópico de las metástasis

cardiacas es nodular, múltiple y de consistencia sólida y microscópicamente tienen la misma estructura que el tumor primario.

De acuerdo al grado de compromiso metastásico de las estructuras cardiacas se describen didácticamente tres tipos fundamentales 1) compromiso pericárdico 2) compromiso miocárdico 3) compromiso intracavitario.

En casos de compromiso miocárdico se describen forma difusas y localizadas, las formas localizadas pueden protruir hacia la cavidad, clínicamente pueden producir insuficiencia cardiaca, aparición de arritmia por infiltración del miocardio auricular, provocar fenómenos obstructivos, y generar embolias.

En todos casos deben hacerse diagnóstico diferencial con trombos, vegetaciones o tumores primarios.

TUMORES EXTRACARDIACOS

Caso No 3:

Paciente del sexo masculino, de 61 años de edad que se interna fecha 3 de octubre de 2007 por presentar tos con expectoración hemoptoica de tres semanas se evolución, mal estado general, astenia, adinamia. En los exámenes complementarios realizados se constata una lesión tumoral importante en pulmón derecho con derrame pleural masivo del mismo lado y múltiples imágenes nodulares metastásicas en el pulmón contralateral, y derrame pericárdico.

La biopsia pulmonar revela Pap IV compatible con células neoplásicas epiteliales malignas. Se realiza ecocardiografía bidimensional en que se observa derrame pericárdico circunferencial de leve cuantía, se constata a nivel del surco aurículoventricular derecho una masa redondeada ocupante en el espacio pericárdico, que mide 19 x 16 mm., compatible con metástasis (Imagen 3).

Dado el importante compromiso tumoral, el paciente no tiene condiciones de recibir tratamiento sistémico con quimioterapia aún a título paliativo y es dado de alta con pronóstico reservado.

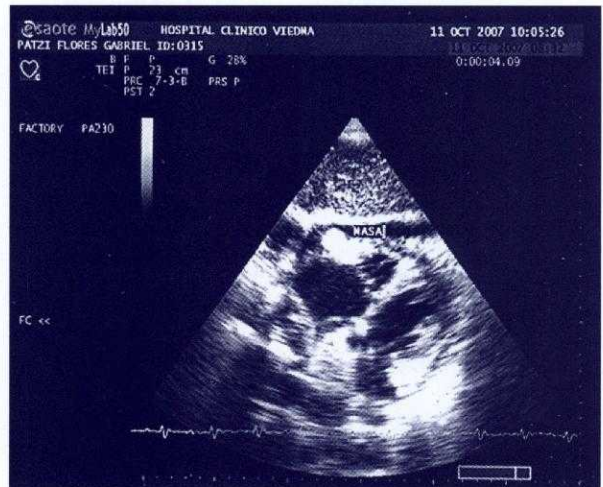


Imagen 3 Fuente: propia

COMENTARIO

Las masas tumorales extra o paracardiacas pueden comprometer el corazón y el pericardio generalmente por compresión y desplazamiento y en ocasiones menos frecuentes, por invasión directa, no se raro el compromiso del pericardio con el derrame como manifestación más frecuente.

La sintomatología y los hallazgos clínicos son variables y dependen del grado de severidad del derrame y/o invasión pericárdica pudiendo existir dolor precordial característico, disnea, ingurgitación yugular, arritmias, pulso paradójico y alteraciones del voltaje del QRS y del ST-T.

CONCLUSIONES

Las neoplasias cardiacas son raras en comparación con otras formas de enfermedad.

Los tumores cardiacos cursan en forma asintomática con escasos signos clínicos a menos que interfieran con la función cardiaca normal, solamente 5 a 10% de ellos se diagnostican clínicamente.

La posibilidad de descubrirlos, describir su localización, morfología, tamaño, movilidad, y también en la mayoría de los casos, sus complicaciones, eventual conducta terapéuticas y el control durante y después del tratamiento elegido, ha sido posible gracias a los grandes avances en el área del diagnóstico por imágenes sobre todo de la ecocardiografía.

LECTURAS RECOMENDADAS

Griffin BP, Topol EJ. The Cleveland Clinic Foundation. Cardiología. 2006

Oh JK, Seward JB, tajik AJ. Eco-manual. Marban, 2004

Otto CM. Ecocardiografía clínica. Segunda edición. 2005.

Piñeiro D. Ecocardiografía para la toma de decisiones clínicas. Primera edición. Panamericana 2005.

Carolina Zúñiga
Pablo González
Javier Aranda
Marta de Camarillo
Enrique Villalón
Marta de Camarillo

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de una paciente internada en el Hospital Clínico Viedma con el diagnóstico de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) que por su alta complejidad en el diagnóstico y tratamiento requirió un manejo multidisciplinario.

ABSTRACT

We present the clinical case of a patient interned in the Clinical Hospital Viedma with the diagnosis of Lung Thromboembolism (TEP) that for their high complexity in the diagnosis and treatment required a multidisciplinary handling.

CASO CLÍNICO

Paciente de 74 años de edad de sexo femenino, natural de Cochabamba, ingresa al Hospital Clínico Viedma en fecha 15 de junio de 2008.

Antecedentes: Úlcera gástrica diagnosticada y tratada hace tres años.

Motivo de hospitalización: Edema y dolor de ambos miembros inferiores más el izquierdo.

Diagnóstico de ingreso: Trombosis venosa profunda (TVP).