

Metástasis cardíaca masiva: un caso infrecuente

Massive cardiac metastasis: an infrequent case

Dr. Alfredo Enrique Arredondo Bruce;^I Dra. Debbie Ávila Arostegui;^{II} Dr. Luis Fernández Hemelis^{III}

- I.** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.
 - II.** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.
 - III.** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba.
-

RESUMEN

Introducción: los tumores metastásicos del corazón están entre los problemas más desconocidos y discutidos de la oncología, existen pocos estudios con respecto al tema. Por el término de metástasis cardíacas, se define la propagación de un tumor distante a cualquiera de las estructuras que componen el corazón, el pericardio, epicardio, miocardio, endocardio, y también los tumores que afectan las cavidades del corazón o los trombos intracavitarios de células neoplásicas.

Caso clínico: se presenta un caso portador de carcinoma epidermoide pulmonar de células escamosas con metástasis secundarias del pericardio, epicardio y miocardio

que evoluciona desfavorablemente con un cuadro final de taponamiento cardíaco.

Conclusiones: se diagnóstico post mortem en estudio necrópsico, cáncer pulmonar con metástasis a corazón.

DeSC: CORAZÓN; METÁSTASIS DE LA NEOPLASIA; CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS; ANCIANO; ESTUDIOS DE CASOS.

ABSTRACT

Introduction: metastatic heart tumors are among the most unknown and discussed issues in Oncology, there are few studies on this topic. Cardiac metastasis is defined as the spread of a distant tumor to any of the structures that make up the heart, pericardium, epicardium, myocardium, endocardium, and also tumors affecting heart cavities or intracavitary thrombi of neoplastic cells.

Clinical case: a case carrier of squamous cell lung epidermoid carcinoma with secondary metastasis of pericardium, epicardium and myocardium was presented, evolving unfavorably with a final picture of cardiac tamponade.

Conclusions: the postmortem examination diagnosed a lung cancer with heart metastasis.

DeSC: HEART; NEOPLASM METASTASIS; CARCINOMA, SQUAMOUS CELL; AGED; CASE STUDIES.

INTRODUCCIÓN

El término de metástasis cardíacas, define la extensión de un tumor próximo o distante a cualquiera de las estructuras que componen el corazón.^{1,2} Bussani, et al,³ realizaron un estudio de 18 751 necropsias, donde encontraron un 9,1 % de metástasis cardíaca maligna. El carcinoma pulmonar escamoso se observa en menos del 18 % de los casos,⁴ al ser las presentaciones clínicas de las metástasis cardíacas sumamente inconstantes.

CASO CLÍNICO

Paciente blanca femenina de 61 años de edad con antecedentes de ser fumadora crónica, fue vista por el especialista de guardia el cual indicó traslado a terapia intermedia, donde llegó con intensa ortopnea, sudorosa, taquicardia, cianótica, ingurgitación yugular, y abundantes crepitantes en tercio medio y superior de ambos capos pulmonares. TA 90/70mm de Hg. Pulso de 120 latidos/minutos que fue empeorando paulatinamente con gran toma del estado general y marcada pérdida de peso.

Examen físico

En la región supraclavicular derecha del cuello apareció una adenopatía única, de 2cm de diámetro, pétreo, adherida a tejido profundo y no doloroso. Aparato respiratorio: tórax normo configurado, murmullo vesicular disminuido, con abundantes crepitantes en base derecha. Frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto. Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos 1o y 2o ruido normal. Pulso 100 pulsaciones por minuto. Tensión arterial: 100/ 70mm de Hg. Ingurgitación yugular, edemas en ambos miembros inferiores, hasta tercio medio de las piernas que dejan godet. Circulación colateral tipo cava superior. Abdomen: se palpa hepatomegalia que rebasa en 3cm el reborde costal doloroso y con reflujo hepato yugular. El cuadro se interpretó como un síndrome mediastinal, ocasionado por un cáncer pulmonar con invasión del mediastino.

Evolución

La paciente continuó con una evolución desfavorable se incrementó la disnea obligándola al decúbito, con edema en esclavina y cianosis peri bucal, en el estudio radiológico del tórax se observó: imagen tumoral en hilio izquierdo, ensanchamiento del mediastino medio superior izquierdo, y aumento de la silueta cardíaca en forma de copa invertida. Se le realizaron complementarios Hemoglobina 10 Gr/100 ml, Eritrosedimentación: 113 mm/h, Leucograma; Leucocitos 10.8 x 10⁹. Polimorfo nucleares 84 %, Linfocitos 16 %, Glucemia: 4,8 mml/L, Creatinina: 90 mml/L, Fosfatasa alcalina 325 Ud/L. La ecografía realizada el mismo día se informó. Hígado homogéneo que no rebasa el reborde costal, Vesícula biliar estimulada sin imágenes e litiasis. Riñones de tamaño normal. Páncreas y bazo normal. Ultrasonido de cuello. En la cara lateral derecha de la glándula tiroides se observa una imagen de baja

ecogenicidad de 13x9cm, por posible adenopatía. Electrocardiograma con microvoltaje, taquicardia sinusal y cambios inespecíficos de ST-T.

Impresión diagnóstica: derrame pericárdico de moderada a severa cuantía. La paciente se negó a la pericardiocentesis, u otra maniobra intervencionista. Continúo con evolución desfavorable hasta su fallecimiento.

Estudio post mortem. Necropsia clínica A2011-160

Causa directa de muerte. Taponamiento cardíaco.

Causa indirecta de muerte. Infiltración tumoral de pericardio y miocardio. Carcinoma epidermoide del pulmón izquierdo.

DISCUSIÓN

En los estudio realizados a la paciente se pudo comprobar un ensanchamiento mediastinal, de forma polilobulada, y cardiomegalia en forma de copa invertida que junto a los síntomas de compresión de cava superior, y los hallazgos electrocardiográficos se planteó el diagnóstico de derrame pericárdico, se realiza el diagnóstico post mortem de carcinoma epidermoide de pulmón con metástasis de tipo difuso a pericardio y miocardio, esto coincide con los escasos reportes de la literatura mundial, donde dicho tumor generalmente debuta como un taponamiento cardíaco, donde se hizo un reporte del mismo debido a lo infrecuente de esta tumoración.³⁻⁶

Las metástasis del corazón pueden presentar una gran variedad de aspectos morfológicos que dependen del tumor primitivo, sitio, capacidad de metastizar, y modo de desarrollarse en el corazón,⁷⁻⁹ en este caso debuta como un síndrome mediastinal, experiencia que debe tener en cuenta todo clínico al enfrentar los ensanchamientos del mediastino. Estas tumoraciones están desprovistas de cualquier característica histopatológica que sugiera la localización del tumor primario, aunque la metástasis desde un carcinoma pulmonar es la más probable, los marcadores inmuno histoquímicos pueden ser usados para poder detectar el posible origen del tumor primario. Los más recomendados para detectar el adecnocarcinoma pulmonar son; queratina de membrana (peripheral or membrane keratin positivity) y factor de transcripción tiroideo -1 (thyroid transcription factor (TTF)- 1).^{3,10} Sin embargo la

sensibilidad de estos inmono fenotipos es baja, ya que solo están presentes en un 32 al 39 % de las células metastásicas.

CONCLUSIONES

Se diagnóstico post mortem en estudio necrópsico, cáncer pulmonar con metástasis a corazón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Butany J, Leong SW, Carmicheal K. A 30-year analysis of cardiac neoplasms at autopsy. *Can J Cardiol.* 2005;21:675-80.
2. Fonseca.V. Metastização pulmonar na apresentação de angiossarcoma cardíaco. Caso clínico e discussão. *Rev Port Pneumol.* 2009;15(6):0-0.
3. Bussani R, De-Giorgio F, Abbate A, Silvestri F. Cardiac metastases. *J Clin Pathol.* 2007; 60:27-34.
4. Sheppard MN, Ramsay S. Raising awareness of cardiac tumours. *Circulation.* 2006;114(20):179-80.
5. Kil UH, Jung HO, Koh YS, Park HJ, Park CS, Kim PJ, et al. Prognosis of large, symptomatic pericardial effusion treated by echo-guided percutaneous pericardiocentesis. *Clin Cardiol.* 2008;31:531-7.
6. Carbone A, Cesarman E, Gloghini A, Drexler HG. Understanding pathogenetic aspects and clinical presentation of primary effusion lymphoma through its derived cell lines. *AIDS.* 2010;24:479-90.
7. Michele L, Chasen MD, Munden O. Imaging of the mediastinum in oncology. *Radiology.* 2007;36(1):0-0.

8. Dennis JL, Hvidsten TR, Wit EC. Markers of adenocarcinoma characteristic of the site of origin: development of a diagnostic algorithm. Clin Cancer Res. 2005;11:3766-72.
9. Sabatine MS, Colucci WS, Schoen FJ. Primary tumors of the heart. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E, editors. Braunwald's heart disease. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 1741-55.
10. Sampat K, Rossi A, Garcia-Gutierrez V, Cortes J, Pierce S, Kantarjian H, et al. Characteristics of pericardial effusions in patients with leukemia. Cancer. 2010;116:2366-71.

Recibido: 4 de febrero de 2012

Aprobado: 8 de noviembre de 2012

Dr. Alfredo Enrique Arredondo Bruce. Especialista de II Grado en Medicina Interna.
Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Docente Amalia Simoni. Camagüey, Cuba