

Variabilidad clínica de los sarcomas cardiacos

Sr. Editor:

Los tumores cardiacos malignos constituyen un grupo de tumores con muy baja incidencia pero elevada mortalidad, que resultan dificiles de diagnosticar, principalmente por sus múltiples formas de presentación y sintomatología. Presentamos tres casos de sarcomas cardiacos que representan claramente la variedad de su clínica y los consecuentes desenlaces de este tipo de tumores.



Fig. 1. Imagen de ecocardiograma transesofágico. Plano de cavas en el que se observa masa de contornos desflecados con pequeño trombo adherido a la pared de la aurícula derecha.

Caso 1. Varón de 27 años atendido en urgencias por dolor torácico pleurítico, febrícula y astenia. La exploración física inicial fue normal. Ingresó con el diagnóstico de sospecha de pericarditis aguda viral. Tras realizar ecografías transtorácica (ETT) y transesofágica (ETE), se evidenció en el tabique interauricular una gran masa de contornos irregulares que infiltraba la aurícula derecha, el anillo tricuspídeo y la raíz aórtica; producía estenosis subtotal de la vena cava superior y derrame pericárdico severo. Se realizó una biopsia de la masa mediante toracotomía. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de angiosarcoma cardíaco. Se comenzó quimioterapia con taxol intravenoso. El paciente falleció a los 6 meses del diagnóstico.

Caso 2. Varón de 45 años con clínica de crisis epilépticas parciales simples. Se realizó electroencefalograma (normal) y tomografía computarizada cerebral, que evidenció una masa frontal con gran edema perilesional, indicio de metástasis cerebral de tumor primario desconocido. La tomografía toracoabdominal mostró múltiples masas intrapulmonares de pequeño tamaño compatibles con metástasis y una masa en la aurícula derecha. La ETE mostró en la aurícula derecha una gran masa de bordes desflecados, sin invasión de las demás estructuras (fig. 1). Mediante biopsia de una de las masas pulmonares, se llegó al diagnóstico anatomopatológico de metástasis de un angiosarcoma cardíaco (fig. 2). Se inició quimioterapia con taxol intravenoso, pero el paciente falleció a los 2 meses del diagnóstico.

Caso 3. Mujer de 59 años con clínica de astenia, febrícula y disnea de moderados esfuerzos de 1 semana de evolución. La exploración física puso de

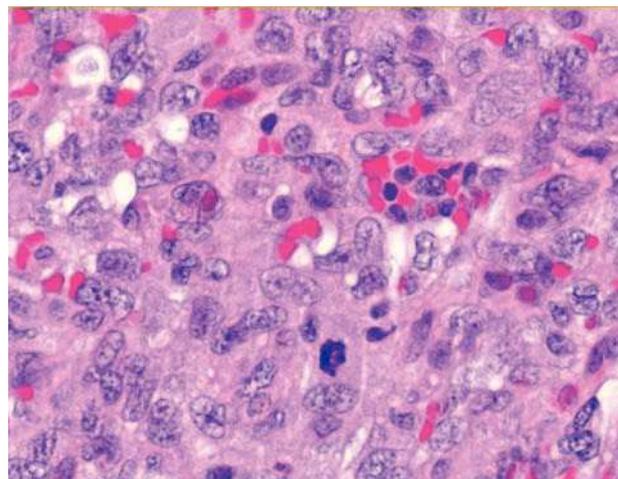


Fig. 2. Visión microscópica de nódulo pulmonar metastásico de angiosarcoma. Tinción de hematoxilina-eosina con la que se observan estructuras vasculares y células neoplásicas en diferentes fases de mitosis.

manifiesto un soplo sistólico III/VI en foco pulmonar. Ingresó para estudio de probable valvulopatía. Poco más de 24 h después, falleció súbitamente por parada cardiorrespiratoria. En la autopsia se evidenció un gran tumor en el tronco principal de la arteria pulmonar que ocluía totalmente la válvula pulmonar. El estudio microscópico evidenció un sarcoma de alto grado de malignidad.

Los tumores cardíacos malignos son una entidad rara. De ellos, los tumores primarios malignos más prevalentes son los sarcomas, fundamentalmente el angiosarcoma¹, tal y como se extrae del Registro Nacional de Tumores Cardíacos².

Los síntomas son variables y generalmente escasos, por lo que se suele diagnosticar por un hallazgo casual, tal y como se especifica en una de las últimas revisiones sobre el tema de Burke et al³. En nuestros casos se presenta invasión local del pericardio, metástasis a distancia e invasión de grandes vasos. Cada uno de los casos con síntomas totalmente diferentes, pero con el mismo sustrato etiológico.

El diagnóstico debe comenzar con ETT y ETE⁴, que permiten determinar la localización de la masa, y la repercusión en la hemodinámica cardíaca. La tomografía y la resonancia magnética permiten precisar el grado de infiltración miocárdica y de estructuras adyacentes⁵.

Debido a su gran agresividad, este tipo de tumores tiene mal pronóstico. La supervivencia oscila entre 6 y 12 meses⁶, aunque existen casos excepcionales de 3 años de supervivencia⁷.

La resección quirúrgica total del tumor es difícilmente aplicable, ya que más del 80% tiene invasión de estructuras vecinas en el momento del diagnóstico. El trasplante cardíaco se ha planteado en pacientes sin metástasis a distancia. Sin embargo, no se ha demostrado mejoría de la supervivencia en los casos realizados⁶.

Dados la agresividad, los escasos síntomas y la altísima mortalidad de este tipo de tumores, es necesario conocerlos en detalle. La serie que presentamos pone claramente de manifiesto la extrema variedad de localizaciones que pueden presentar y, por ello, de los síntomas que desencadenan.

Elena Castilla-Cabanes, Isaac Pascual-Calleja, Francisco Roncalés-García Blanco y Alfonso del Río-Ligorit
Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
Zaragoza. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abad C. Tumores cardíacos II. Tumores primitivos malignos. Tumores metastáticos. Tumor carcinoide. Rev Esp Cardiol. 1998;51:103-14.

2. García Gallego F, Gamallo Amat C, Aguado MG. Registro Nacional de tumores (memoria 1996-1997). Rev Esp Cardiol. 1999;52:13-20.
3. Burke A, Jeudy J Jr, Virmani R. Cardiac tumors: An update. Heart. 2008;94:117-23.
4. Neragi-Miandoab S, Kim J, Vlahakes GJ. Malignant tumors of the heart: a review of tumor type, diagnosis and therapy. Clin Oncol (R Coll Radiol). 2007;19:748-56.
5. Constatine G, Shan K, Flamm SD, Sivananthan MU. Role of MRI in clinical cardiology. Lancet. 2004;363:2162.
6. Jiménez Mazuecos JM, Fuentes Manso R, Segovia Cubero J, Toquero Ramos J, Oteo Domínguez JF, Alonso-Pulpón Rivera L. ¿Es útil el trasplante cardíaco como tratamiento del sarcoma cardíaco primario? Rev Esp Cardiol. 2003;56:408-11.
7. Dichek DA, Holmveng G, Fallon JT. Angiosarcoma of the heart: three-year survival and follow-up by nuclear resonance imaging. Am Heart J. 1988;115:1323-4.