

Metástasis cardíacas de melanoma maligno manifestadas en forma de enfermedad del nodo sinusal

Gerard Martí, Enric Galve, Josep Huguet y Jordi Soler Soler

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Describimos el caso de un paciente con metástasis diseminadas por melanoma maligno manifestadas en forma de taquiarritmias y bradiarritmias sintomáticas similares a las halladas en la enfermedad del nodo sinusal. El estudio necrópsico mostró una extensa invasión nodular de la aurícula derecha.

Palabras clave: *Melanoma maligno. Enfermedad del nodo sinusal. Corazón.*

Cardiac Metastases of Malignant Melanoma Mimicking Sick Sinus Syndrome

We describe a patient with disseminated metastases from malignant melanoma manifested as symptomatic tachycardia and bradycardia that mimicked sick sinus syndrome. Autopsy showed extensive invasion of the right atrium by nodular disease.

Key words: *Malignant melanoma. Sick sinus syndrome. Heart.*

Full English text available at: www.revespcardiol.org

INTRODUCCIÓN

La invasión metastásica cardíaca por melanoma maligno es frecuente, pero la repercusión clínica es escasa y generalmente cursa de forma silente. Describimos un caso de afección diseminada por melanoma maligno que se inició en forma de bradiarritmias y taquiarritmias propias de la enfermedad del nodo sinusal que se hallaban en relación con una extensa invasión nodular de la aurícula derecha y el parénquima cardíaco.

CASO CLÍNICO

Un paciente de 68 años consultó a nuestro centro por disnea de esfuerzo y síndrome constitucional. Entre sus antecedentes presentaba una hipertensión arterial leve y la exéresis de un melanoma maligno cutáneo en el hombro derecho hacía 4 años (estadio Clark III, Breslow 0,8 mm y biopsia ganglionar axilar negativa). Un mes antes de su actual ingreso fue hallado en fibrilación auricular que tras fracaso de cardioversión

farmacológica con amiodarona se trataba ambulatoriamente con acenocumarol, digoxina y atenolol.

La exploración física en el ingreso actual mostraba a un paciente con afección del estado general, presión arterial 130/70, temperatura axilar 36,5 °C, palidez cutaneomucosa y linfedema en el brazo derecho. La auscultación cardíaca era rítmica a 32 lat/min, sin soplos ni signos de insuficiencia cardíaca. El electrocardiograma mostró un ritmo nodal con P retrógrada a 36 lat/min y repolarización normal. En la radiografía de tórax se apreciaron una cardiomegalia ligera y un derrame pleural derecho mínimo. La analítica constató un hemograma normal; creatinina, 2,3 mg/dl; Na⁺, 140 mmol/l; K⁺, 6,3 mmol/l, y digoxinemia en valores terapéuticos.

Ante los hallazgos analíticos se orientó la bradiarritmia como secundaria a la medicación y la hiperpotasemia. Tras la suspensión del atenolol y la digoxina, y la normalización de las cifras de K⁺, el paciente persistió en ritmo nodal (fig. 1) y el cuarto día de ingreso presentó varios presíncopes secundarios a pausas sinusales de hasta 5 s que motivaron la implantación urgente de un electrocatéter.

Un ecocardiograma transtorácico mostró un derrame pericárdico ligero y una cardiopatía hipertensiva incipiente, sin otros hallazgos relevantes. Una tomografía computarizada toracoabdominal constató la presencia de múltiples adenopatías en la axila derecha, paratraqueal y subcarinal, así como múltiples nódulos

Correspondencia: Dr. E. Galve Basilio.
Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron.
Paseo Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico: egalveb@hg.vhebron.es

Recibido el 17 de octubre de 2003.
Aceptado para su publicación el 19 de febrero de 2004.

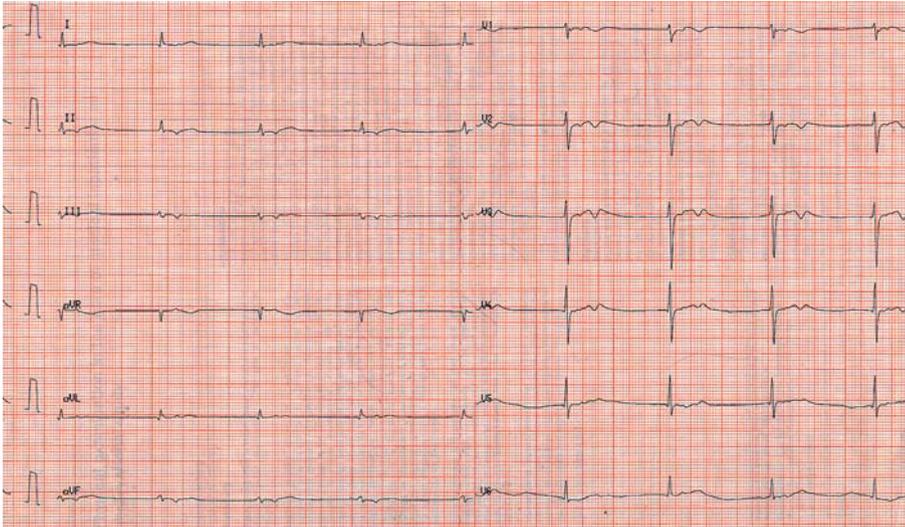


Fig. 1. Electrocardiograma que muestra ritmo nodal con onda P retrógrada y alteración difusa de la repolarización.

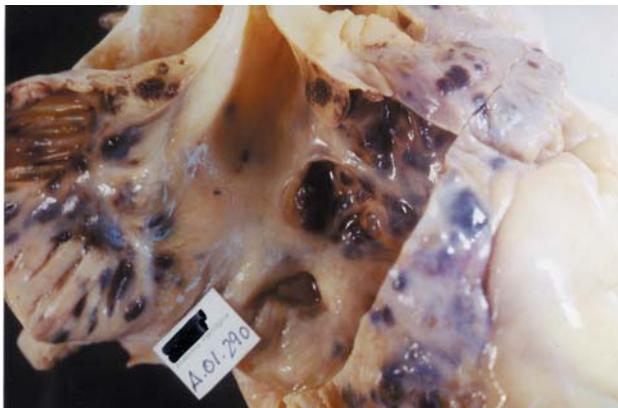


Fig. 2. Apertura de la pared lateral de la aurícula derecha que permite visualizar la extensa invasión nodular interna, con las características metástasis negras del melanoma.

pulmonares, hepáticos y esplénicos. En la pared de la aurícula derecha identificó una lesión ocupante de espacio de 2 x 1 cm. Un registro Holter de 24 h (realizado con valores de K⁺ normales y ausencia de fármacos desde hacía 7 días) mostró una alternancia entre el ritmo nodal y el sinusal a 36-86 lat/min, y frecuentes salvas de fibrilación auricular autolimitadas.

El paciente evolucionó con deterioro progresivo del estado general y tras presentar múltiples crisis comiciales y constatarse metástasis cerebral, falleció por insuficiencia respiratoria central bajo medidas de tratamiento paliativo.

El estudio necrópsico cardíaco reveló una intensa invasión nodular parietal de aurícula derecha (fig. 2), la presencia de un trombo organizado en el anillo tricúspideo y en menor cuantía afección nodular del resto del tejido cardíaco, incluido el pericardio. A nivel extracardíaco se documentó afección multiorgánica (pulmón, bazo, hígado, sistema nervioso central).

DISCUSIÓN

El melanoma maligno es la tumoración con mayor afinidad por el tejido cardíaco durante su diseminación metastásica. Algunas series necrópsicas describen su presencia hasta en el 40% de los pacientes con enfermedad diseminada¹. Se desconocen los mecanismos implicados en esta propensión por el parénquima cardíaco. Aunque cualquier región cardíaca puede quedar involucrada, hay un acentuado tropismo por las cavidades derechas probablemente en relación con la vía hematogena de su diseminación. Generalmente se trata de una invasión nodular múltiple de grado variable, pero se han comunicado varios casos de masas aisladas.

Generalmente, la afección cardíaca cursa de forma silente y el diagnóstico *pre mortem* es raro. Otras veces el paciente aqueja síntomas poco específicos, como astenia o intolerancia al esfuerzo, que se atribuyen a otras causas. No obstante, se han descrito casos con manifestaciones características en forma de insuficiencia cardíaca derecha o izquierda, taponamiento, bloqueo auriculoventricular, e incluso taquicardias ventriculares².

El caso que describimos tiene la peculiaridad de manifestarse en forma de síndrome de taquicardia-bradicardia propio de la enfermedad del seno. Aunque metástasis y arritmia podrían ser sólo una coincidencia, la masiva y selectiva invasión parietal de la aurícula derecha, así como la asociación en el tiempo de la diseminación de la neoplasia y la aparición de las arritmias, hace altamente probable una relación causa-efecto. El síndrome taquicardia-bradicardia ya se ha descrito en otros casos de metástasis auriculares, aunque en otro tipo de neoplasias³, y también se ha comunicado algún caso de taquicardia auricular por mecanismo paraneoplásico⁴.

El pronóstico de estos pacientes es malo. La afección cardíaca acontece en situaciones avanzadas de enfermedad neoplásica y las posibilidades terapéuticas suelen ser de carácter paliativo. No obstante, en pacientes con metástasis en forma de masas intracavitarias únicas con deterioro hemodinámico se han comunicado resecciones, si bien no curativas, con un importante alivio sintomático⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glancy DL, Roberts WC. The heart in malignant melanoma: a study of 70 autopsy cases. *Am J Cardiol* 1968;21:555-71.
2. Sheldon R, Isaac D. Metastatic melanoma to the heart presenting with ventricular tachycardia. *Chest* 1991;99:1296-8.
3. Kamimura M, Tanabe N, Hojo M. Malignant lymphoma demonstrating sick sinus syndrome. *Intern Med* 1998;37:463-6.
4. Vilaplana Palomer J. Taquicardia auricular incesante y tumoración cerebral. *Rev Esp Cardiol* 2003;56:519-22.
5. Gibbs P, Cebon S, Calafiore P. Cardiac metastases from malignant melanoma. *Cancer* 1999;85:78-84.