

Taponamiento pericárdico y masa en la cavidad pericárdica como primera manifestación clínica de una neoplasia pulmonar

Pol Pijoan Rotgé*, Alberto Castro Cels**, Margarita Centelles Ruiz*** y Josefa Rafel Rivera*

Servicios de *Cardiología, **Cirugía Cardíaca y ***Oncología y Hematología. Hospital Sagrat Cor. Barcelona.

carcinoma broncogénico/ derrame pericárdico/ ecocardiografía/ taponamiento cardíaco/ tumores broncopulmonares

El taponamiento cardíaco y el hallazgo de una masa aislada en la cavidad pericárdica como primera manifestación de una neoplasia maligna de otra localización es excepcional. Presentamos el caso de un paciente afectado de carcinoma pulmonar cuya primera manifestación clínica fue el desarrollo de un taponamiento cardíaco de rápida instauración en el contexto ecocardiográfico de una masa en cavidad pericárdica adherida a la aurícula izquierda.

CARDIAC TAMPONADE AND PERICARDIC MASS AS PRIMARY MANIFESTATIONS OF A CLINICAL PULMONARY NEOPLASIA

Cardiac tamponade and the finding of a simple pericardic mass as the first manifestations of a malignant neoplasia from another location are exceedingly rare events.

Here we present a patient affected with a lung carcinoma whose first clinical manifestation was the development of a cardiac tamponade that established itself quickly within the context of a mass inside the pericardic cavity and adhered to the left atrium.

(*Rev Esp Cardiol* 1998; 51: 164-166)

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los tumores cardíacos son secundarios a una invasión desde una neoplasia maligna de otra localización, son habitualmente poco aparentes y cursan sin generar síntomas cardiológicos hasta las fases finales de la enfermedad. Hasta hace unos años, el diagnóstico solía establecerse durante la autopsia o la intervención quirúrgica. La introducción de la ecocardiografía bidimensional, la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) ha permitido efectuar el diagnóstico de diseminación cardíaca en fases más tempranas de la enfermedad, así como adoptar medidas terapéuticas más precozmente.

Presentamos el caso de un paciente con taponamiento cardíaco de muy rápida evolución como primera manifestación de una neoplasia pulmonar, en quien la

inmediata aplicación de dichas técnicas permitió establecer precozmente el diagnóstico y el tratamiento adecuados.

CASO CLÍNICO

Varón de 47 años, fumador moderado. Ingresó por astenia, tos seca y disnea de decúbito. Presentaba taquicardia regular, tonos cardíacos apagados, importante ingurgitación yugular, hipotensión y evidente pulso arterial paradójico. En el electrocardiograma se observó taquicardia sinusal a 120 lat/min con bajos voltajes del QRS alternando con fragmentos de fibrilación auricular. En la radiografía de tórax se detectaron cardiomegalia global intensa y signos leves de redistribución vascular. El ecocardiograma evidenció derrame pericárdico masivo, con signos de taponamiento y una masa de aspecto heterogéneo ubicada en la cavidad pericárdica (fig. 1). La TAC toracoabdominal confirmó la existencia de dicha masa que, además, comprimía el bronquio lobar inferior izquierdo y la arteria pulmonar izquierda. No se observó infiltración mediastínica ni adenopatías u otras masas abdominales.

Broncoscópicamente se documentó compresión extrínseca del bronquio lobar inferior izquierdo. La peri-

Correspondencia: Dr. P. Pijoan Rotgé.
Servicio de Cardiología. Hospital Sagrat Cor.
Viladomat, 288. 08035 Barcelona.

Recibido el 15 de abril de 1997.

Aceptado para su publicación el 27 de junio de 1997.

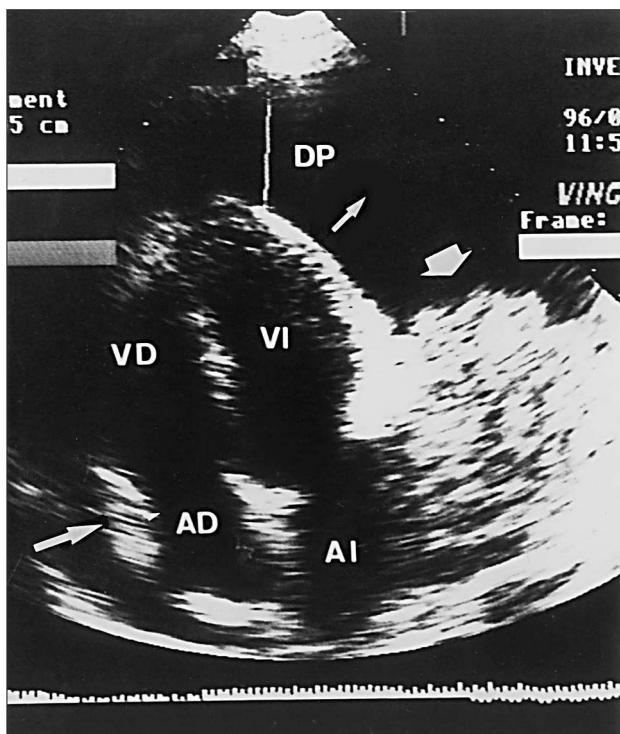


Fig. 1. Derrame pericárdico masivo con colapso telediastólico auricular (flecha estrecha) y masa heterogénea de 6 × 6 cm adherida a la pared superolateral (flecha ancha). Imagen subxifoidea.

cardiocentesis evacuadora dio salida a 500 ml de líquido serohemático con examen microbiológico y citológico negativo. A las 48 h precisó nueva pericardiocentesis al observarse clínica de taponamiento cardíaco. Se efectuó una exéresis parcial del tumor debido a la infiltración (fig. 2). El examen anatomopatológico reveló la existencia de un carcinoma de células grandes, cuyo estudio inmunohistoquímico sugirió firmemente el origen primario pulmonar. Se efectuó quimioterapia con buena respuesta, aunque a los 10 meses el paciente presentaba adenopatías mediastínicas (fig. 3), oclusión del bronquio lobar izquierdo y metástasis suprarrenal izquierda, falleciendo al mes tras manifestar intenso dolor torácico brusco y en reposo.

DISCUSIÓN

Los tumores secundarios cardíacos son relativamente comunes, aproximadamente 20 veces más frecuentes que los tumores cardíacos primarios¹. Más del 50% de los tumores secundarios lo constituyen el carcinoma pulmonar y el de mama, los linfomas, el melanoma maligno y las leucemias. La incidencia de metástasis pericárdica en el carcinoma pulmonar llega a ser hasta un 31%, suele acompañarse de metástasis a otros órganos sobre todo si el carcinoma es indiferenciado y en general se manifiesta tardíamente². La invasión metastásica cardíaca suele ser silente, acompañándose de signos inespecíficos como insuficiencia cardíaca, do-

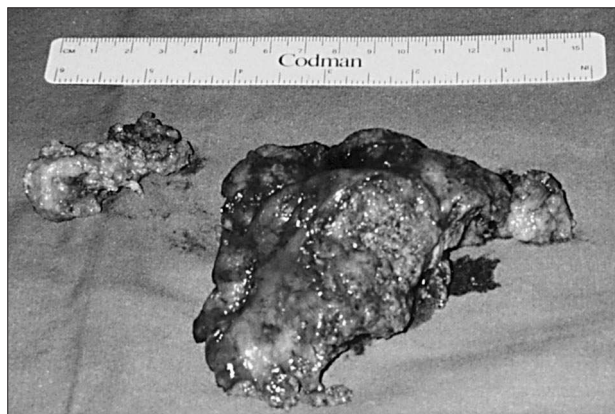


Fig. 2. Masa de 9 cm que infiltraba la pared laterosuperior de la aurícula izquierda, pericardio, pleura, bronquio lobar inferior y arteria pulmonar izquierda. Corresponde a un carcinoma de células grandes.



Fig. 3. Resonancia magnética nuclear en la que se observa la presencia de una gran adenopatía tumoral mediastínica localizada bajo la carina traqueal (flecha).

lor torácico, arritmias como fibrilación auricular o extrasístoles ventriculares. Estos hallazgos no suelen contribuir a la muerte del paciente³.

Las metástasis pericárdicas y cardíacas del carcinoma pulmonar se producen principalmente por emigración de las células tumorales por vía linfática retrógrada. Otras posibles vías de diseminación son la hematogena, la invasión tumoral directa o la penetración a partir de lesiones diseminadas en la pleura mediastínica adyacente al pericardio⁴.

El taponamiento cardíaco y el hallazgo de una masa pericárdica y en parte de la aurícula izquierda constituyen una rareza como manifestación clínica inicial de un carcinoma pulmonar o de cualquier otro cáncer⁵.

En nuestro caso, la vía de diseminación inicial parece haber sido la invasión tumoral directa y posteriormente la emigración linfática retrógrada (adenopatía linfática) y la hematogena (metástasis suprarrenal), hecho debido a la poca diferenciación del tumor. La base diagnóstica de las masas cardíacas radica en la ecocar-

diografía bidimensional⁶. El ecocardiograma transesofágico define mejor la localización anatómica, y la TAC y la RMN definen la afectación mediastínica y las metástasis extracardíacas. El examen del líquido pericárdico es diagnóstico en 85% de los casos⁷.

Siempre que no existan metástasis extracardíacas o invasión mediastínica, el tratamiento de las masas pericárdicas e intraauriculares es la total resección del tumor y de parte de la aurícula izquierda⁸ si es posible, lo que no pudo realizarse en nuestro paciente por la gran adherencia del tumor a las estructuras vecinas. La supervivencia en estos casos, si el tratamiento quimioterápico es precoz, es de seis meses a dos años.

En nuestro caso, el tratamiento quimioterápico fue precoz y amplio con 9 ciclos de cisplatino, mitomicina e ifofosmida, con una supervivencia en aceptables condiciones de once meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prichard RW. Tumors of the heart; review of the subject and report of 150 cases. *Arch Pathol* 1951; 51: 98-128.
2. Quraishi MA, Constanzi J, Hokanson J. The natural history of lung cancer with pericardial metastases. *Cancer* 1983; 51: 740-742.
3. Hakell RJ, French WJ. Cardiac tamponade as the initial presentation of malignancy. *Chest* 1985; 88: 70-73.
4. Tamura A, Matsubara O, Yoshimura N, Aoki N. Cardiac metastases of lung cancer. A study of metastatic pathways and clinical manifestations. *Cancer* 1992; 70: 437-442.
5. Nicolas JM, Navarro M, Sobrino J, Coca A. Taponamiento cardíaco como manifestación inicial de una neoplasia pulmonar. *Med Clin (Barc)* 1990; 95: 779-781.
6. Tominaga K, Shinkai T, Eguchi K, Nishikawa K. The value of two dimensional echocardiography in detecting malignant tumors in the heart. *Cancer* 1986; 58: 1.641-1.647.
7. Lestuzzi C, Nicolosi GL, Mimo R, Zanutti D. Usefulness of transesophageal echocardiography in evaluation of pericardiac neoplastic masses. *Am J Cardiol* 1992; 70: 247-251.
8. Olearchyk A. Carcinoma of the lung with invasion of the left atrium. Case reports. *Angiology* 1994; 45: 823-827.