

Metastásis cardíaca múltiple. Reporte de un caso.

Javier Martínez Navarro (1), Virgen Yazmin Martínez Navarro (2),
Lisanka Fumero Roldan (3), Erika Izquierdo Reyes (4).

(1) Especialista en Anatomía Patológica.
(2) Especialista en Higiene y Epidemiología
(3) Médico Residente en Anatomía Patológica.
(4) Especialista en Medicina General
Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.
Provincia Cienfuegos. Cuba.

***Index Terms*—Metástasis cardíaca, autopsia**

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un paciente masculino de 67 años de edad, procedencia rural, con antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial de 4 años de evolución para lo cual llevó tratamiento con Captopril 25 miligramos (mg) una tableta cada 12 horas y Artritis Reumatoidea hace 3 años para lo cual llevó tratamiento con Prednisona 20 mg 2 veces al día y Ácido Fólico 5 mg al día. Fumador de una cajetilla de cigarrillos al día durante 40 años así como ingestión ocasional de alcohol durante igual tiempo.

Acude al servicio de Medicina Interna de nuestro hospital por un cuadro tos seca y persistente con muy escasa expectoración blanquecina así como falta de aire que cuando comenzó fue ligera tolerando el decúbito y posteriormente se agravó hasta necesitar oxigenoterapia por catéter nasal. Los familiares aportaron que el paciente había perdido alrededor de 13,5 Kg de peso en los últimos dos meses. Durante el examen físico se constata un paciente con facie ansiosa, palidez cutánea mucosa, tiraje intercostal y subcostal moderado. A la auscultación respiratoria un murmullo vesicular disminuido en hemitorax izquierdo donde se auscultaron estertores roncós y crepitantes diseminados. Frecuencia respiratoria de 32 respiraciones

Revista Electrónica de la Autopsia - CASOS CLÍNICOS



Figura 1. Se observan múltiples nódulos miocárdicos blanquecinos de tamaño variables.

por minuto. El resto del examen físico se describe normal en el expediente clínico.

Estudios analíticos:

- Hemoglobina: 100 gramos/l
- Hematocrito: 0.32 Volumen/l
- Leucocitos totales: 14.0×10^9 l
- Segmentados: 70 %

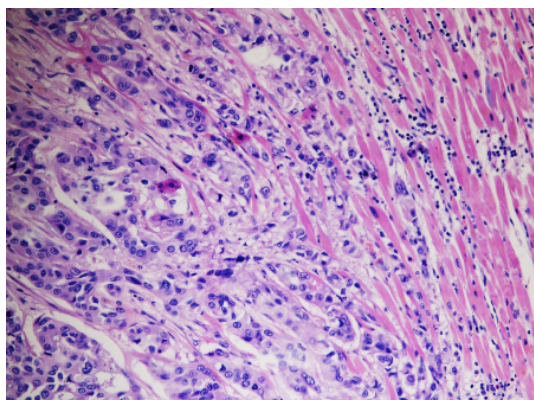


Figura 2. Presencia de Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrando miocardio.

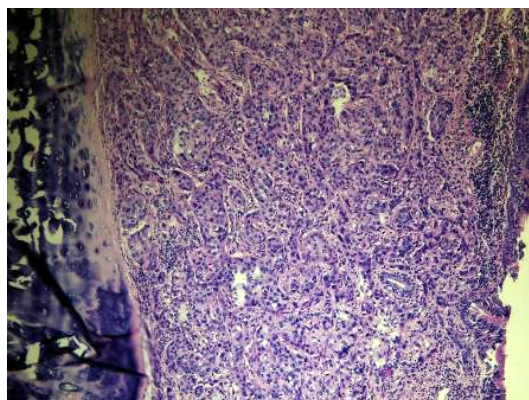


Figura 3. Adenocarcinoma moderadamente diferenciado broncogénico izquierdo.

- Eritrosedimentación: 100 mm/h
- Electrocardiograma: microvoltaje y presencia de bloqueo auriculoventricular completo.

Se realiza Tomografía Axial Computarizada de tórax simple y contrastado donde se observa en la proyección del hilio izquierdo una imagen hiperdensa de 70 x 79 x 76 mm de contornos espiculados en íntimo contacto con el bronquio y la aorta de ese lado acompañado de proceso inflamatorio agudo, derrame pleural y pericardico que sugiere etiología infiltrativa.

El paciente fallece a las 24 horas de admitido y en la autopsia clínica se constata *Adenocarcinoma moderadamente diferenciado broncogénico izquierdo con metástasis cardíacas nodulares múltiples*. Se concluye como causa directa de muerte una bronconeumonía bacteriana severa asociada al proceso tumoral. Además se evidenció una pericarditis carcinomatosa con derrame serosanguinolento de pequeña cuantía.

DIAGNÓSTICO Y COMENTARIOS

- *Metástasis cardíaca nodular múltiple de adenocarcinoma moderadamente diferenciado broncogénico izquierdo.*

El término de metástasis cardíaca (MC), define la extensión de un tumor próximo o distante a cualquiera de las estructuras que componen el corazón. Las MC pueden presentar una gran variedad de aspectos morfológicos que dependen del tumor primitivo, sitio, capacidad de metastatizar, y modo de desarrollarse en este órgano [1].

Prácticamente cualquier neoplasia maligna puede involucrar al corazón. El sitio de invasión más común es el pericardio, con o sin invasión a la capa miocárdica subyacente [2].

En serie de autopsias reportadas, los tumores metastásicos o secundarios provienen con frecuencia de neoplasias pulmonares, además de mama y melanomas malignos [3].

El cáncer de pulmón (CP) es la principal causa neoplásica de muerte en el mundo y una de las enfermedades de origen respiratorio de mayor mortalidad. Dentro de sus tipos histológicos el adenocarcinoma es la forma más frecuente de CP entre las mujeres y en personas que no fuman, crece con mayor lentitud que los carcinomas epidermoides pero tienden a metastatizar antes y de manera más amplia [4]. Contrario a esto, describimos este tipo histológico presentado en un paciente fallecido masculino, de 67 años de edad quien fumó cigarrillos durante 40 años.

Los síntomas de invasión cardíaca local son escasos o inexistentes y a menudo pueden confundirse fácilmente con los síntomas de los fenómenos paraneoplásicos [5]. En ocasiones se presentan síntomas secundarios a alteraciones del sistema de conducción cardíaco por infiltración tumoral, con cuadros de bloqueos de rama, de pre-excitación y bloqueos aurículo-ventriculares [6]. En nuestro caso no se identificaron signos y síntomas sugestivos de afección cardíaca. Solo se presentó microvoltaje y presencia de bloqueo auriculoventricular completo en el electrocardio-

grama, tales alteraciones no fueron atribuidas al fenómeno que nos ocupa en esta presentación.

REFERENCIAS

- [1] Arredondo Bruce AE, Ávila Arostegui D, Fernández Hemelís L. Metástasis cardíaca masiva: un caso infrecuente. AMC [Internet]. 2012 Dic [citado 2017 Mar 03]; 16(6): 1760-1765. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000600012&lng=es.
- [2] Mercado Guzmán MP, Meléndez Ramírez G, Castillo Castellón F, Kimura Hayama E. Evaluación de tumores cardiacos por tomografía computada multidetector y resonancia magnética cardíaca. Arch Cardiol Mex 2016; 86:335-49. Disponible en: DOI: 10.1016/j.acmx.2016.04.005.
- [3] Uribe CE, Fernández A, Gómez CA. Tumores cardiacos: registro de 15 años de experiencia en la Clínica Cardiovascular Santa María. Rev Col Cardiol 2005; 12(1): 45-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332005000300006.
- [4] Pérez Escobar MM, García Rodríguez ME, Armas Moredo K, Álvarez Montané I, Oliva Díaz JA, Pérez Escobar E. Cáncer de pulmón de células no pequeñas: presentación de caso. Revista Archivo Médico de Camagüey [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Mar 28]; 21(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4798>.
- [5] English JC, Allard MF, Babul S, et al. Metastatic tumors of the heart. In: Goldhaber SZ (ed): Cardiopulmonary Diseases and Cardiac Tumors, Atlas of Heart Diseases. Vol 3. Philadelphia: Current Medicine, 1995.
- [6] Díaz-Ruiz S, Salguero M, Jiménez-Martín J. Muerte súbita por metástasis de melanoma en aurícula derecha: Revisión de los tumores cardiacos. Cuad med forense 2011; 17(1): 13-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062011000100004&lng=es.