

Linfoma metastásico cardíaco

Metastatic Cardiac Lymphoma

SHEILA HECHAVARRÍA POUYMIRO¹, ROBERTO MARRERO MEDEROS², JUAN VALIENTE MUSTELIER³, FRANCISCO CABRERA⁴

Recibido: 29/06/2009

Aceptado: 29/07/2010

Dirección para separatas:

Dra. Sheila Hechavarría Pouymiró
Calle Almendares nº 226 Apto 13
entre calles 19 de Mayo y Benjumeda
(10600) Plaza de la Revolución.
Ciudad Habana, Cuba

RESUMEN

Los tumores cardíacos secundarios o metastásicos son unas 20-40 veces más comunes que los primitivos benignos y malignos. Las neoplasias que con más frecuencia producen metástasis en el corazón son los carcinomas pulmonares, los de mama, los melanomas malignos y, en una proporción menor, las leucosis y los linfomas.

En esta presentación se describe el caso de una paciente femenina, de 36 años, con síntomas cardiovasculares de arritmia y síncope y evidencia ecocardiográfica de tumor cardíaco de crecimiento acelerado. Debido al agravamiento de las manifestaciones clínicas, se inició tratamiento con esteroides sistémicos, con el que experimentó mejoría clínica en las primeras 72 horas. Esto llevó a enfocar el diagnóstico en una causa secundaria de invasión cardíaca. Los hallazgos histopatológicos de una biopsia gástrica evidenciaron la presencia de un linfoma no Hodgkin. Se inició el tratamiento citostático específico; la paciente se encuentra en remisión y con regresión total de sus síntomas cardiovasculares.

En nuestra paciente llama la atención la forma de presentación de los síntomas, que estuvieron limitados a la esfera cardiovascular pese a la localización en el sistema digestivo del tumor primario.

REV ARGENT CARDIOL 2011;79:179-181.

Palabras Claves >

Arritmia cardíaca - Metástasis - Linfoma

Abreviaturas >

AD	Aurícula derecha	RV	Respuesta ventricular
CAP	Conducto arterioso persistente	TAC	Tomografía axial computarizada
ECG	Electrocardiograma	TC	Tumor cardíaco
ETT	Ecocardiograma transtorácico	VCS	Vena cava superior

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 36 años, con historia de salud, que consulta por episodios de taquicardias frecuentes de un mes de evolución y un evento sincopal, con empeoramiento del cuadro arritmico una semana antes de la admisión.

Examen físico: polipnea, ingurgitación yugular y tos persistente en decúbito. Latido de la punta desplazado por fuera de la línea medio clavicular izquierda, pulso rápido, regular, pequeño, ruidos cardíacos taquicárdicos, intensidad normal, ausencia de tercer ruido, soplo sistólico II/VI en el borde esternal izquierdo alto.

Electrocardiograma (ECG): evidenció aleteo auricular con respuesta ventricular (RV) rápida, 150 lpm.

Radiografía de tórax: ensanchamiento de la silueta cardíaca en copa invertida. Sin signos congestivos ni de ensanchamiento mediastínico.

Ecocardiograma transtorácico (ETT) en la admisión: evidenció presencia de derrame pericárdico moderado sin signos de colapso de cavidades y signos

de hipertensión venosa sistémica (vena cava superior dilatada, colapso inferior 50%).

Se decidió su internación hospitalaria y el inicio de estudio etiológico.

Laboratorio: Hb 8,9 g/L, leucocitos 8.600/mm³ con diferencial PMN 66%, linfocitos 30%, plaquetas y coagulograma normal, VSG 12 mm, pruebas funcionales hepáticas y renales normales.

La paciente se mantuvo hemodinámicamente estable y se decidió iniciar tratamiento diurético por derrame pericárdico de moderada cuantía y diferir la realización de una pericardiocentesis según evolución clínica.

Fue revaluada una semana después debido a que a pesar del tratamiento médico no hubo mejoría clínica. Mantenía tos seca, cefalea matutina, rubicundez y edema facial, incremento de ingurgitación yugular y dilatación de las venas cervicales y aparición de circulación colateral proximal. Sin nuevos signos auscultatorios cardiovasculares.

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de La Habana, Cuba

¹ Especialista en Cardiología, Adjunta Departamento Ecocardiografía y Cardiopatía Isquémica

² Especialista en Cardiología, Adjunto Departamento Arritmias, Electrofisiología y Estimulación Cardíaca

³ Especialista en Cardiología, Profesor e Investigador Auxiliar de Cardiología. Jefe del Departamento Ecocardiografía

⁴ Cardiólogo, Jefe del Departamento Docente, Profesor Auxiliar de Cardiología. Adjunto Departamento Hemodinámica Cardiovascular

ECG: aleteo auricular 3:1 con RV adecuada (90 lpm).

ETT: mostró derrame pericárdico ligero, aparición de infiltración tumoral periarterial pulmonar y, por Doppler color, cortocircuito a través de tabique interauricular no preexistente y conducto arterioso persistente (CAP) (Figuras 1 y 2).

TAC de tórax: derrame pericárdico ligero, ausencia de masa mediastínica.

A pesar de la resolución del derrame pericárdico, la paciente empeoró clínicamente, con sensación de disnea significativa y continuaba con cefalea y persistencia de edema en esclavina. Se palpó adenopatía supraclavicular única. El resto del examen físico, sin cambios.

Nuevo ETT a las 2 semanas de la admisión: incremento de la infiltración tumoral de la aurícula derecha (AD) y obstrucción al vaciamiento de la VCS en la AD por distorsión de la estructura de la cámara, demostrados en ecocardiografía tridimensional (Figura 3).

Se decidió realizar la exéresis del ganglio supraclavicular y la histología informó adenitis inespecífica. En vista del agravamiento de las manifestaciones clínicas,



Fig. 1. Infiltración periarterial, tabique interauricular y techo de la aurícula derecha.

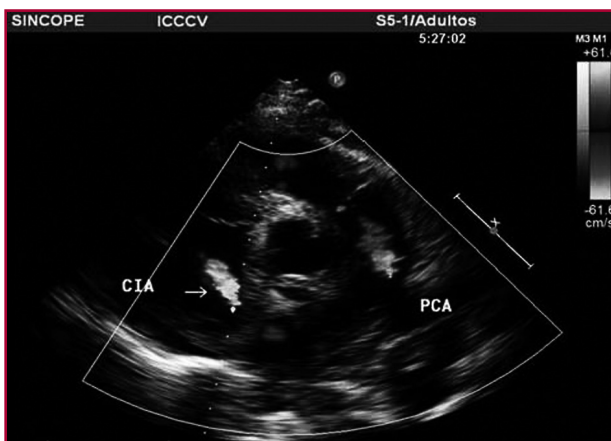


Fig. 2. Comunicación interauricular, distorsión de la arquitectura del septum interauricular y ductus arterioso pequeño.



Fig. 3. Ecocardiografía tridimensional que evidencia infiltración de estructuras derechas.

se inició tratamiento con esteroides sistémicos, con el que experimentó mejoría clínica en las primeras 72 horas de comenzada la terapia.

En el ETT una semana después de instaurado el tratamiento se observó regresión total del derrame pericárdico, del 90% de las lesiones infiltrativas de la AD y periarteriales y desaparición del cortocircuito interauricular. El ECG mostró restablecimiento del ritmo sinusal.

Dada la desaparición casi total de la infiltración tumoral cardíaca postratamiento esteroideo, se difirió la biopsia intracardiaca por sospecha de una causa secundaria y se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) para determinar la posible localización primaria del tumor. La TAC abdominal informó engrosamiento de aspecto tumoral de la pared posterior del estómago que afectaba distalmente la porción vertical y la totalidad de la porción horizontal.

Se realizó una biopsia gástrica que determinó que se trataba de un linfoma no Hodgkin.

DISCUSIÓN

En nuestra paciente llama la atención la forma de presentación de los síntomas, que se limitaron a la esfera cardiovascular aun cuando la localización del tumor primario resultó hallarse en el sistema digestivo y en ninguna etapa de su evolución presentó sintomatología vinculada a este sistema.

Los tumores cardíacos (TC) secundarios o metastásicos son unas 20-40 veces más frecuentes que los TC primitivos benignos y malignos. En autopsias de pacientes con neoplasia generalizada, su incidencia varía entre el 10% y el 20%. (1, 2) De los tumores secundarios, los metastásicos por vía hematogena son más comunes que los que se diseminan por extensión directa al pericardio. (3)

Las neoplasias que con más frecuencia producen metástasis en el corazón son los carcinomas pulmonares, los de mama y los melanomas malignos y, en una proporción menor, las leucosis y los linfomas. A excep-

ción de los tumores originados en el sistema nervioso central, todo tipo de tumor puede producir afectación cardíaca. (4, 5)

El comportamiento de los tumores secundarios y su invasión tumoral al corazón se diagnostican en etapas ya muy avanzadas de su evolución e incluso pasan inadvertidos; sin embargo, la metástasis cardíaca ocasionalmente puede ser la presentación inicial de un tumor originado en otro sitio del organismo.

La afectación cardíaca ocurre en el 20% de los casos de linfoma y el diagnóstico habitualmente se realiza *post mortem*. (6, 7) En este tipo específico de tumor, la supervivencia a largo plazo con terapia citostática es buena, con dependencia del diagnóstico temprano y su tratamiento rápido.

En el caso de esta presentación se trató de un linfoma no Hodgkin gástrico extranodal con metástasis cardíaca, por el que se inició tratamiento citostático. Al presente, la paciente se encuentra en remisión y con total regresión de sus síntomas cardiovasculares.

SUMMARY

Metastatic Cardiac Lymphoma

Secondary or metastatic cardiac tumors are 20 to 40 times more common than primary benign or malignant neoplasms. Lung and breast carcinoma, malignant melanoma, and, to a lesser degree, leukemia and lymphoma, often metastasize to the heart.

We describe the case of a 36-year old female patient with arrhythmia and echocardiographic evidence of a

rapidly growing heart tumor. Treatment with systemic corticosteroids was initiated due to symptoms aggravation and the patient improved within 72 hours. A metastatic tumor was then suspected. A gastric biopsy confirmed the presence of a non-Hodgkin lymphoma. Specific cytostatic treatment was started; the patient remains in remission with complete regression of cardiovascular symptoms.

Interestingly, our patient presented only cardiovascular symptoms despite the primary tumor was located in the digestive system.

Key words > Cardiac Arrhythmia - Metastasis - Lymphoma

BIBLIOGRAFÍA

1. Lam KY, Dickens P, Chan AC. Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. *Arch Pathol Lab Med* 1993;117:1027-31.
2. McAllister HA, Fenoglio JJ. Tumors of the cardiovascular system. *Atlas of Tumor Pathology*. Washington: Armed Forces Institute of Pathology 1978;73-119.
3. Abraham KP, Reddy V, Gattuso P. Neoplasms metastatic to the heart: review of 3314 consecutive autopsies. *Am J Cardiovasc Pathol* 1990;3:195-8.
4. McAllister HA Jr, Hall RJ, Cooley DA. Tumors of the heart and pericardium. *Curr Probl Cardiol* 1999;24:57-116.
5. Abad C. [Cardiac tumors (II). Malignant primary tumors. Metastatic tumors. Carcinoid tumor]. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:103-14.
6. Clifford SM, Guerra SM, Mangion JR. Massive metastatic intracardiac lymphoma presenting with complete heart block with resolution following chemotherapy. *Echocardiography* 2003;20:201-2.
7. Ceresoli GL, Ferreri AJ, Bucci E, Ripa C, Ponzoni M, Villa E. Primary cardiac lymphoma in immunocompetent patients: diagnostic and therapeutic management. *Cancer* 1997;80:1497-506.