

Clínico-patológica del CIMEQ. «Tumor cardíaco»

- **Motivo de ingreso:** disnea.

- **Datos generales del paciente**

Edad: 63 años, Sexo: masculino, Color de la piel: negra.

- **Antecedentes patológicos personales**

Hipertensión arterial (HTA). Tratamiento: Enalapril (10mg/día.)

- **Antecedentes patológicos familiares:** HTA

Madre: Fallecida

Padre: Fallecido

- **Hábitos tóxicos**

Nada a señalar

- **Historia de la enfermedad actual**

Remitido por servicio de cardiología del Hospital «Enrique Cabrera».

Paciente masculino de 63 años de edad con antecedentes de HTA esencial hace 7 años para la cual lleva tratamiento con Enalapril 10 mg diarios. Se refiere historia de disnea de empeoramiento progresivo hace aproximadamente 6 meses, con agotamiento ante los medianos y mínimos esfuerzos.

Es evaluado por el Servicio de Cardiología del Hospital «E. Cabrera» clasificando su clase funcional III NYHA. En la evaluación ecocardiográfica se diagnosticó un tumor de aurícula derecha de gran tamaño y con compromiso importante de la hemodinamia cardíaca y alto riesgo de muerte súbita. Ingresó el 3 de marzo de 2010 en la Unidad de Cuidados Intermedios

- **Interrogatorio por sistemas:**

Sistema respiratorio: tos.

Sistema cardiovascular: disnea a los esfuerzos mínimos y palpitaciones.

Resto interrogatorio: nada a señalar.

- **Examen Físico (datos de interés médico).**

Hay presencia de reflujo hepato-yugular

Sistema cardiovascular: ruidos cardíacos taquicárdicos. Soplo mesotelediastólico II-III/VI en BEI y ápex. Soplo protomesosistólico III/VI en ápex irradiado a la axila

FC: 108 x min, TA: 100/75 mmHg.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Hepatomegalia que rebasa aproximadamente 3 cm, el reborde costal derecho.

- **Complementarios:**

- **Laboratorio**

Complementarios realizados:

Hb: 10,4 g/dL (referencia: 12-16 g/dL)

Hto: 0,32 (referencia: 0,37-0,48)

Eritrosedimentación 88 mm/h (referencia: 0-30 mm/h)

Leucocitos: 11,7 x 10⁹/L (referencia: 4,3-10,8 x10⁹/L)

Neutrófilos: 72% (referencia: 45-74%)

Clínico-patológica del CIMEQ. «Tumor cardíaco»

Linfocitos: 19% (referencia: 16-45%)
Monocitos: 9% (referencia: 4-10%)
Plaquetas: 352 x 10⁹/L (referencia: 150-350 x 10⁹/L)
Tiempo de protrombina: paciente: 14 seg., control: 13 seg. (ref: tiempo control + 3 seg.)
TPT-K: 26 seg. (referencia: 30-60 seg.)
Proteínas totales: 93 g/L (referencia: 55-80 g/L)
Albumina sérica: 30 g/L (referencia: 35-55 g/L)
Colesterol 3,37 mmol/L (referencia: hasta 6,0 mmol/L)
Triglicéridos 1,25 mmol/L (referencia: hasta 2,2 mmol/L)
TGO (ASAT): 57 U/L (referencia: 0-40 U/L)
TGP (ALAT): 42 U/L (referencia: 0-50 U/L)
GGT: 555 U/L (referencia: 0-50 U/L)
F Alcalina: 779 U/L (referencia: 39-117 U/L)
Bilirrubina T: 19 µmol/L (referencia: 5.1-17 µmol/LL)
Bilirrubina D: 2 µmol/L (referencia: 1.7-5.1 µmol/LL)
Ac. úrico: 309 µmol/L (referencia: 202-416 µmol/L)
Creatinina: 79 mmol/L (referencia: < 133 mmol/L)
Urea 24.77 µmol/L (1.7-8.3 µmol/L)
Glicemia: 4.29 mmol/L (referencia: 3,5-6 mmol/L)

○ **Imagenología**

US Abdominal (hepatomegalia y elevación de las enzimas de colestasis): vesícula con paredes que miden 6mm. Derrame pleural bilateral. Páncreas normal. Se observa parcialmente la aorta, de calibre normal. Discreta cantidad de líquido perihepático. Bazo y riñones normales. Hepatomegalia de 2 cm.

○ **Estudios cardiovasculares**

ECG: Taquicardia sinusal

Ecocardiograma y RMN Cardíaca que informan:

- Dilatación de AD con imagen de composición heterogénea, de bordes anfractuosos que llena casi toda el área de la misma, obstruyendo el flujo de las cavas.
- VD con llenado insuficiente por estenosis relativa del TEVD.
- Dilatación de las venas cavas.
- Área de derrame pericárdico que rodea todo el corazón con elementos de aspecto reticular en su interior.
- Insuficiencia mitral moderada.
- insuficiencia tricuspídea ligera, con estenosis tricuspídea severa por presencia de tumor de AD que se proyecta hacia TEVD.

Estudio Hemodinámica: Se realiza coronariografía por técnica de Sones sin complicaciones:

- TCI: lesión calcificada de 40% en 1/3 distal.
- DA: Lesiones calcificadas y múltiples la mayor 70% en 1/3 proximal.
- Cx: Ocluida 100% en 1/3 distal.
- CD: lesión difusa de 60% en 1/3 medio.
- VI: Hipocinesia posterior ++
- Insuficiencia Mitral Ligera.
- Se aprecia hipervascularización con vasos de neoformación a partir de la CD para la pared de la AD y VD.

Clínico-patológica del CIMEQ. «Tumor cardíaco»

Se discute en colectivo, ante el planteamiento de la posibilidad de un tumor cardíaco de etiología no precisada (primario o metastásico), con alto riesgo de muerte súbita y embolización se decide –previo consentimiento informado– operar por cirugía cardiovascular.

- **Evolución**

- **Transoperatorio (04.03.10). GOT.**

Estereotomía media reglada. Se encuentra masa tumoral cardíaca infiltrante en AD, VD y Pericardio con extensión a las cavas, de aspecto friable en AD, con VD inmóvil y engrosamiento del pericardio del cual se aspiró 200 ml contenido hemorrágico. Técnicamente no es posible realizar canulación ni proceder alguno sobre el corazón. Se decide toma de biopsia de un ganglio mediastinal anterior y de fragmentos de pericardio.

- **Posoperatorio:**

Traslado a UCI para el postoperatorio inmediato. Significativo hipotensión arterial que requirió aporte de volumen y estado febril. Acidosis metabólica con hiperpotasemia que se corrige. Se plantea status postoperatorio de CCV por tumor cardíaco inoperable de cavidades derechas con compromiso del retorno venoso y del gasto cardíaco, enfermedad coronaria triarterial, hepatopatía congestiva con elevación de las enzimas de colestasis y trastornos del medio interno. Pronóstico Reservado. En el postoperatorio mediato corrección del medio interno y estabilidad hemodinámica.

Nueva discusión en colectivo con el personal de terapia y cardiocentro, se evalúa clínica y nosológicamente, se emiten opciones terapéuticas y pronósticos, se realizan consideraciones éticas. Decisión en colectivo de embolización del tumor –previo consentimiento informado.

- **Hemodinámica (11.03.2010)**

Se realiza coronariografía y embolización de la arteria nutricia del tumor, oclusión de la misma con pérdida parcial de la vascularización del tumor. Sale estable del salón de hemodinámica.

- **Evolución posembolización tumoral.**

En las primeras 24 horas hemodinámicamente estable, acidosis metabólica. A partir de este momento tendencia a la hipotensión y estado febril por lo cuál se toman muestras de hemocultivos.

Ecocardiograma evolutivo (15.03.2010): persisten los hallazgos del estudio preoperatorio, sin cambios de la hemodinámica biventricular. Caracterizada por acinesia del VD en el que se define pared ecogénica, gruesa e inmóvil, la masa tumoral que ocupa la AD, presenta bordes irregulares con zonas móviles al compás de los flujos intracavitarios. Curva de hipertensión pulmonar.

Es trasladado para la sala de Medicina Interna (15.03. 2010.) y al sentarse en su lecho presenta cuadro de disnea intensa, hipotensión, tiraje intercostal, toma del sensorio, cianosis distal. Se planteó cuadro de embolización tumoral. Se decidió su traslado a la Unidad de Cuidados Intermedios, donde mantuvo igual estado crítico.

Al siguiente día (16.03.2010) sin tensión arterial, bradicardia extrema y asistolia. Fallecimiento a las 08:45 h.