

Características de los pacientes con tumor cardíaco primario en un hospital general

Clinical features of patients with primary heart tumors

Manuela Dugand^{1,2,c,d}, Enrique Castañeda^{1,3,a,b}.

RESUMEN

Los tumores cardíacos primarios son una afección rara, con incidencias menores al 0.3% en series de necropsias. **Objetivos:** Determinar las características demográficas, clínicas, terapéuticas y evolución de los pacientes con tumor cardíaco atendidos en un hospital general. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y descriptivo, tipo serie de casos. Se revisó la base de datos del Servicio para identificar los pacientes con diagnóstico final de tumor cardíaco, desde enero de 2008 a septiembre de 2015. Se revisaron las historias clínicas disponibles y se obtuvo el reporte de patología de los pacientes. Se determinaron las características clínicas de la población. **Resultados:** Se encontraron 10 pacientes que contaban con datos clínicos y de patología completos. La localización más común fue la aurícula izquierda. Los síntomas iniciales principales fueron disnea y síndrome de falla cardíaca congestiva. Las causas de muerte no pudieron ser identificadas. **Conclusiones:** La población de pacientes analizada tiene una distribución comparable con los reportes a nivel mundial. La neoplasia cardíaca más común fue el mixoma localizado en la aurícula izquierda.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias por localización, corazón, mixoma, sarcoma. (Fuente: DeCS BIREME).

SUMMARY

Primary heart tumors are rare conditions with an incidence of less than 0.3% in necropsy studies. **Objectives:** To determine demographic, clinical and therapeutic features of primary heart tumors in a general hospital. **Methods:** A retrospective and descriptive study was carried out from January 2008 to September 2015. A hospital data base was reviewed to identify patients with the diagnosis of primary heart tumors, clinical charts and pathology reports were reviewed. **Results:** 10 patients with complete information were found. The most common location was the left atrium. Dyspnea and congestive heart failure were the main clinical onset manifestations. Causes of death could not be determined. **Conclusions:** The most common heart tumor was left atrial myxoma which correlates with what is reported worldwide.

KEYWORDS: Neoplasms by site, heart, myxoma, sarcoma. (Source: MeSH NLM).

¹ Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

³ Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Profesor Principal;

^b Jefe de Servicio;

^c Egresado;

^d Médico rotante

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

INTRODUCCIÓN

Los tumores cardíacos primarios son afecciones raras, con incidencias menores de 0,3% en series de necropsias (1). La mayoría son benignos, hasta en un 80%, siendo el más común el mixoma atrial (2). De las neoplasias malignas, los sarcomas ocupan el primer lugar, y tienen muy mal pronóstico.

Se hace necesario entonces revisar la casuística presentada en hospitales generales para contribuir a la caracterización de los tumores cardíacos y de la población afectada.

El objetivo de este estudio fue determinar las características demográficas, clínicas, terapéuticas y evolución de los pacientes con tumor cardíaco atendidos en un hospital general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo, tipo serie de casos. Se revisó la base de datos del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular del Hospital Cayetano Heredia para identificar los pacientes con diagnóstico definitivo de tumor cardíaco, desde enero de 2008 a septiembre de 2015.

El Hospital Cayetano Heredia es un hospital público de alta complejidad que atiende una población de aproximadamente 520 000 personas (3), y es centro de referencia a nivel nacional.

Identificados los pacientes, se solicitaron las historias clínicas antiguas a la Oficina de Estadística

del Hospital y se revisaron completamente las que se encontraban disponibles en octubre de 2015. Se solicitó además al Servicio de Patología, la revisión de las placas obtenidas de las piezas quirúrgicas de los pacientes y se obtuvieron los informes de todos los pacientes; se capturaron también imágenes de dichas placas bajo el microscopio.

Se analizaron los datos obtenidos de las fichas en la base de datos, la historia clínica y los informes de patología de los pacientes.

El estudio propuesto no acarrea problemas éticos, dado que ningún paciente fue sometido a procesos experimentales. Se respetó la privacidad de los pacientes y se mantuvo la confidencialidad de su historia clínica y demás datos recolectados.

RESULTADOS

Se encontraron 10 pacientes; de ellos seis eran mujeres. La edad promedio al momento del diagnóstico fue 49,8 años (33 a 75 años) (Tabla 1).

El síntoma más común al momento de la consulta fue disnea, seguido por síntomas de insuficiencia cardíaca. Se presentaron dos casos en los que los pacientes presentaron inicialmente embolia, uno de ellos en miembro superior izquierdo y otro un accidente cerebro-vascular (ACV) isquémico. Un paciente tuvo diagnóstico como hallazgo incidental al estudiarse para la realización de una intervención quirúrgica abdominal. En cuanto a la clase funcional previa al tratamiento quirúrgico, se encontró que la mayoría fueron clasificados como NYHA II.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes.

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Localización	Antecedentes	Síntomas iniciales	CF
1	54	F	Tumor	Arteria pulmonar		Disnea	II
2	33	M	Mixoma	AI		Embolia en MSI	II
3	45	F	Sarcoma	AI y VI pared post		Disnea, síndrome de ICC	III
4	37	M	Mixoma	AI		Disnea	II
5	48	F	Fibroelastoma	Válvula Aórtica		Disnea, ACV isquémico	II
6	53	F	Mixoma	AI	DM, fumador	Síndrome de ICC	IV
7	58	M	Mixoma	AI		Síndrome de ICC	II
8	75	F	Mixoma	AI	HTA	Disnea, síndrome de ICC	II
9	44	F	Mixoma	AI y AD	DM, HTA	Disnea, síndrome de ICC	II
10	51	M	Mixoma	AI	Exfumador	Disnea	II

CF: Clase funcional NYHA, AI: Aurícula izquierda, VI: Ventrículo izquierdo, MSI: Miembro superior izquierdo, ICC: insuficiencia cardíaca congestiva, DM: Diabetes mellitus, HTA: Hipertensión arterial.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

El diagnóstico se realizó en todos los casos por medio de ecocardiografía transtorácica. Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía, se realizó toracotomía mediana como técnica quirúrgica y se usó circulación extracorpórea, en todos los casos se realizó resección completa, sin requerimiento de reparo valvular u otros procedimientos; en el caso del paciente con sarcoma, se reintervino tras 11 meses de la primera cirugía por recidiva tumoral, pues inicialmente su estudio patológico no fue concluyente y luego de la segunda patología se obtuvo el diagnóstico de sarcoma. En un paciente se sospechó complejo de Carney pues presentaba además acromegalia.

No se presentaron complicaciones infecciosas en todos los casos, dos pacientes requirieron cuidado prolongado en la unidad de cuidados intensivos (UCI) posterior a la cirugía (mayor a 3 días), uno por falla ventilatoria con dificultad para el destete de la ventilación mecánica y uno por persistencia de la falla cardíaca. No se presentó mortalidad durante la hospitalización ni en el seguimiento a 30 días, sin embargo, se obtuvieron datos del fallecimiento del paciente con diagnóstico de sarcoma algunos meses luego del alta.

DISCUSIÓN

Los tumores cardíacos primarios son afecciones muy poco frecuentes, ocurren entre 0,0017% y 0,33% según las series revisadas y la mayoría de los diagnósticos se realizan por necropsia (4,5). En la mayor parte de los pacientes, se trata de tumores benignos, en su gran mayoría tipo mixoma. En promedio, su presentación es más común entre la quinta y la sexta décadas de la vida, aunque su distribución es muy amplia.

La clínica depende de la localización, la velocidad de crecimiento de la masa, la capacidad de infiltración del tumor y el tamaño del mismo, pero en general, las presentaciones más comunes incluyen disnea, síndrome de insuficiencia cardíaca y embolias, además con síntomas generales como pérdida de peso e hiporexia, según el estadio de la enfermedad. No se ha podido asociar la aparición de neoplasias cardíacas a algún factor de riesgo en especial, aunque se ha documentado su asociación con la presencia de complejo de Carney en algunos pacientes.

No hay consenso sobre un gold standard para el diagnóstico. El objetivo al momento del diagnóstico es delimitar la lesión, su tipo, localización y extensión,

la relación con estructuras cardíacas y el compromiso funcional, para definir la necesidad de cirugía (emergente o urgente) y planear el mejor abordaje quirúrgico.

El manejo quirúrgico debe realizarse en todos los pacientes y debe plantearse desde el mismo momento del diagnóstico debido a que estos tumores representan para el paciente alto riesgo de muerte súbita, embolias y arritmias (8), incluso en el caso de los tumores benignos. En el caso de las neoplasias malignas, el pronóstico es ominoso a pesar de la resección completa del tumor, que en muchos casos no es posible, y del uso de terapias adyuvantes como quimioterapia o radioterapia, que aunque se han usado, se ha demostrado que tiene muy poca respuesta (1); la sobrevida en estos casos es menor al 30% a un año (8,9).

Presentamos una serie de casos de tumores cardíacos primarios manejados en el Servicio de Cirugía Cardiovascular y de Tórax del Hospital Cayetano Heredia en los últimos 8 años. La mayoría de los casos fueron tumores benignos y de ellos la mayoría fue mixoma de aurícula izquierda. Aunque la distribución de edades fue amplia, el promedio está en la quinta década de la vida. La mayoría de los pacientes se presentó con síntomas de falla cardíaca o cuadro embólico. En todos los casos se caracterizó la lesión por medio de ecocardiografía transtorácica y a todos los pacientes se les realizó resección tumoral por medio de toracotomía mediana, con buenos resultados postoperatorios y no se obtuvo mortalidad intrahospitalaria ni dentro del seguimiento a 30 días. El diagnóstico definitivo se realizó con estudio de patología de las piezas extirpadas.

Luego de analizar los hallazgos en este grupo de pacientes y luego de la revisión de la literatura, podemos concluir que, en líneas generales, se tuvieron buenos resultados postoperatorios, con buena respuesta de los pacientes; el pronóstico dependió del tipo de tumor presentado. A pesar de que se trata de un grupo pequeño, la población estudiada es comparable con las poblaciones de los diferentes reportes a nivel mundial, con distribuciones similares en cuanto a diagnóstico, clínica y características demográficas. Sin embargo, debido al número reducido de pacientes, no es posible llegar a conclusiones válidas, por lo que se hace necesario continuar con el estudio de casos y la presentación de los mismos a la comunidad científica para poder contribuir al conocimiento y la caracterización de esta afección tan poco común.

INVESTIGACIÓN ORIGINAL / ORIGINAL RESEARCH

Declaración de financiamiento y de conflictos de interés:

La recolección de datos y revisión del tema fue llevada a cabo y financiada completamente por los autores; no se han recibido donaciones ni otro apoyo económico. No existe conflicto de intereses de parte de alguno de los autores.

Contribución de autoría:

MD y EC, contribuyeron igualmente con la búsqueda de información, recolección de datos y realización del artículo.

Correspondencia:

Manuela Dugand
Vicus Manzana O Lote 19, Lima 33. Perú.
Correo electrónico: mamudugand@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink H, Harris C. Tumors of the Heart. en: Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink H, Harris C, editors. Classification of tumors of the lung, pleura, thymus and heart. Geneva: WHO; 2004.p. 249-288.
2. Barreiro M, Renilla A, Jiménez JM, et al. Primary cardiac tumors: 32 years of experience from a Spanish tertiary surgical center. Cardiovascular Pathology. 2013; 2:424-427.
3. Hospital Cayetano Heredia. Hospital Cayetano Heredia, Reseña histórica. Lima, Perú: Hospital Cayetano Heredia (Citado el 4 de Noviembre de 2015) Disponible en <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/en/inicio/historia>
4. Strecker T, Rösch J, Weyand M, et al. Primary and metastatic cardiac tumors: imaging characteristics, surgical treatment, and histopathological spectrum: a 10-year-experience at a German heart center. Cardiovascular Pathology. 2012; 21:436-443.
5. Hudzik B, Miszalski-Jamka K, Glowacki J, et al. Malignant tumors of the heart. Cancer Epidemiology. 2015; 39 (5):665-672.
6. Losada EJ, Al Kassam D, González M. Complejo de Carney. Endocrinol Nutr. 2011; 58(6):308-14.
7. Kassop D, Donovan MS, Cheezum MK, et al. Cardiac masses on cardiac CT: A review. Curr Cardiovasc Imaging Rep. 2014; 7:9281.
8. Bruce CJ. Cardiac tumours: Diagnosis and management. Heart. 2011; 97:151-160.
9. Cubides CA, Salazar G, Muñoz A, et al. Tumores cardíacos primarios. Rev Col Cardiol. 2003; 10:472-485.
10. Hoffmeier A, Sindermann JR, Scheld HH, et al. Cardiac Tumors: Diagnosis and Surgical Treatment. Dtsch Arztebl Int. 2014; 111 (12):205-211.

Recibido: 19/01/2016
Aceptado: 28/09/2017