



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



## P-252 - UNA FRECUENCIA CARDIACA ELEVADA QUE ESCONDÍA ALGO MÁS

M.R. Medel Cortés<sup>a</sup>, M. Aldeanueva Escribano<sup>b</sup>, I. Gómez Martín<sup>c</sup> y M.D. Spinola Muñoz<sup>d</sup>

<sup>a</sup>CS Villa del Río. <sup>b</sup>CS Montoro. <sup>c</sup>CS Santa Rosa. <sup>d</sup>CS Occidente.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 71 años HTA, DM con mal control metabólico. Hiperlipidemia, fumador desde hace 50 años. Exbebedor importante desde hace un año. Úlcera duodenal, con gastrectomía tipo Billroth II. Acude a la consulta para renovar su tratamiento y se mide la TA que es normal pero con una FC de 120 que no desciende con propranolol.

**Exploración y pruebas complementarias:** EKG: taquicardia auricular a 130 lpm con ondas P negativas en cara inferior, eje izquierdo, inversión de ondas T de V1 a V3; signos de sobrecarga del VD. BRDHH. Dímero D: 1.112. Troponinas: 0,016. Angio TAC: defecto de repleción tronco de la arteria pulmonar principal de 1,9 × 1,8 cm. Ecocardiograma: masa sésil de ecogenicidad heterogénea en cara ventricular de velos pulmonares sin repercusión en la función valvular. RMN cardiaca: discreto realce tras la administración de contraste, por lo que no se trata de un trombo. TAC abdominal: LOE en lóbulo caudado hepático de 6,7 × 8,2 × 9,4 cm, sólida, bien delimitada que provoca colapso parcial de la vena cava inferior en un trayecto de aproximadamente 6 cm pero sin invasión. Analítica: glucemia 164, bilirrubina total 1,6, Bilirrubina directa 0,60. Alfafetoproteína 5.143,88, enzimas hepáticas normales. AgS VHB negativo, Ac anti VHB 0,22; IgG contra VHC negativo.

**Juicio clínico:** Hepatocarcinoma, masa en válvula pulmonar/arteria pulmonar sugestiva de tumor primario o trombo tumoral.

**Diagnóstico diferencial:** Origen de la taquicardia auricular. Tumor primario o trombo tumoral a nivel cardiaco.

**Comentario final.** Una taquicardia auricular puede tener como origen un tromboembolismo, aunque es más infrecuente que éste sea tumoral. El hepatocarcinoma es el 5º cáncer más frecuentemente diagnosticado en el mundo. En España tiene una incidencia de 7,2 por 100,000 habitantes/año en varones. Los factores de riesgo son conocidos: VHB, VHC, cirrosis... Este paciente era fumador y ex bebedor importante. Se suele diagnosticar tarde y la supervivencia media tras el diagnóstico es de 6 a 20 meses. El pronóstico para los pacientes con hepatocarcinoma e invasión vascular es funesto.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-Perálvarez M, Luong TV, Andreana L, Meyer T, Dhillon AP, Burroughs AK. A systematic

review of microvascular invasion in hepatocellular carcinoma: diagnostic and prognostic variability. *Ann Surg Oncol*. 2013;20:325-39.

2. Hyuga S, Tomokuni A, Tomimaru Y, Wada H, Hama N, Kawamoto K, Kobayashi S, Marubashi S, Eguchi H, Doki Y, Mori M, Nagano H. Long-term survival in a case of advanced hepatocellular carcinoma with tumor thrombus in the portal vein and the right atrium (vp4,vv3) treated successfully with multidisciplinary therapies. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2014;41:2130-2.

3. Schwartz J, Carithers R. Epidemiology and etiologic associations of hepatocellular carcinoma. *Uptodate*; 2015.

4. Abdalla E, Stuart K. Overview of treatment approaches for hepatocellular carcinoma. *Uptodate*; 2015.