



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

204/91 - CAUSA RARA DE INSUFICIENCIA CARDIACA

M. Anta Fernández^a, J.M. Bravo González^b, C. Fernández Galache^c, A. García-Lago Sierra^d, D.M. Robaina Cabrera^e, B. Martínez Sanz^f, N. Guelai^d, L.P. Salag Rubio^g e I. Galán López^h

^aMédico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. ^bServicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^gMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^hMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años con antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, obesidad, síndrome depresivo, insuficiencia venosa e, histerectomía hace 40 años. Estudiada por palpitaciones 5 meses antes (ecocardio: HVI ligera, FEVI normal, Holter normal). Vida activa. Consulta a su MAP por cuadro de 2 meses de astenia, hiporexia, pérdida de unos 8 Kg, disnea de moderados esfuerzos, ortopnea y edemas en piernas. No mejoría con tratamiento diurético, por lo que se remite al Servicio de Urgencias hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, eupneica en reposo. TA120/87, FC 89, afebril, obesa, PVY elevada, sin adenopatías, AC rítmica sin soplos, AP crepitantes finos en bases, mamas normales. Abdomen distendido, ascitis moderada, hepatomegalia dolorosa, reflujo HY, edemas con fóvea hasta rodillas y en zonas declives. Hemograma normal, VSG 42, glucosa 118, función renal e iones normales, GOT 95, GPT 115, LDH 356, albúmina 3,2. M. tumorales: AFP 4.340, CEA 11, CA125 309, Ca15.30 74 y CA19.9 normal. ECG: R sinusal, sin alteraciones. Rx tórax: signos de IC, pequeño derrame pleural izquierdo. Ecocardiografía: masa en aurícula derecha, que ocupa toda la cavidad y protruye hacia VD, quedando una lámina por donde fluye la sangre. Engrosamiento pericárdico, TAC abdomen: múltiples LOES hepáticas, ascitis, conglomerados de adenopatías en retroperitoneo y t celiaco.

Juicio clínico: Insuficiencia cardiaca derecha. Síndrome general. Tumor cardiaco probablemente metastásico.

Diagnóstico diferencial: Con causas comunes de insuficiencia cardiaca, en este caso, miocardiopatía hipertensiva o isquémica por FRCV.

Comentario final: Los tumores cardiacos primarios son poco frecuentes. Los metastásicos son 100 a 1.000 veces más frecuentes que los primarios, sobretudo de Ca. Pulmón. También en timomas, t. germinales, gástricos, hepáticos, ovario, colo-rectal, mama, melanomas y linfomas. Se ven en 1 de cada 5 casos de enfermedad neoplásica generalizada. Son más frecuentes en las cavidades derechas.

La clínica puede ser debida a 1. Obstrucción intracardiaca (disnea, ortopnea, EAP, síncope), 2. Embolización sistémica (TEP, ACVA, embolia retiniana, embolismo arterial EEII), 3. Alteraciones de la conducción y 4. Síndrome general, obligando a diagnóstico diferencial amplio. En nuestro caso, presentaba casi toda la constelación de síntomas. Falleció de fallo cardiaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Burke A, Virmani R. Tumors of the heart and great vessels. Atlas of tumor pathology. Armed Forces Institute of Pathology. 1996:111-9.
2. Día Ruiz, et al. Cuad Med Forense. 2011;17:13-20.