



NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. SAUL PEREZA MARIN

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

SEMESTRE: 5 "A"

MATERIA: CARDIOLOGIA

TRABAJO: ACTUALIZACIÓN DE TUMORES CARDIACOS

FECHA DE ENTREGA: 28--JUNIO-2020

INTRODUCCIÓN

En el presente ensayo abordaremos el tema de tumores cardíacos, hablaremos de generalidades y algunas particularidades clínicas.

Entendemos como tumores el conjunto de neoplasias que afectan el corazón.

Los tumores cardíacos pueden ser primarios (benignos o malignos) o metastásicos (malignos). El mixoma, un tumor benigno, es el tipo más frecuente de tumor cardíaco primario.

Los tumores cardíacos son patologías infrecuentes en la práctica médica, debido a las implicaciones que puede tener sus diferentes localizaciones, por eso debe ser fundamental el diagnóstico y tratamiento.

Por ende debemos prestar atención a la clínica, para poder realizar el diagnóstico al momento de evaluar a nuestros pacientes, que presenten dichas patologías.

En los últimos años existe un creciente interés por la incursión en el estudio de las tumoraciones del corazón, hace algún tiempo el Dr. Charles K. Friedberg relacionó esta tendencia con cuatro factores fundamentales: La incertidumbre acerca de la naturaleza y patogenia de los tumores del corazón y el pericardio, la aparición de signos clínicos que pueden simular cardiopatías corrientes, la posibilidad de diagnosticar un tumor cardíaco (TC) durante el tiempo de vida del paciente y la inminente necesidad de extirpar algunas tumoraciones en virtud de poder lograr la curación del paciente.

El diagnóstico premortem de un TC hasta hace unas décadas era prácticamente imposible, la gran mayoría de referencias se basaban en observaciones provenientes de las autopsias y el interés que esta entidad era puramente académico.

CLASIFICACIÓN

Según McAllister y Fenoglio los tumores cardíacos primarios se dividen en 75% benignos y 25% malignos. De los tumores benignos el mixoma ocupa el 50%, y en más del 75% estos tumores benignos se encuentran en cavidades izquierdas. Los tumores malignos predominantemente se encuentran ocupando las cavidades derechas al igual que los tumores secundarios o metastásicos que se encuentran en 60% ocupando las cavidades derechas.

En 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dividía los tumores cardíacos en tres categorías benignos y lesiones tumor-like (clasificados según la diferenciación celular), malignos y pericárdicos. Las principales diferencias entre la clasificación de la OMS y la de la AFIP residían sobre todo en los tumores malignos, incorporando a la clasificación de sarcomas pleomórficos: el osteosarcoma, condrosarcoma y el fibrosarcoma mixoide, entre otros.

Tumores primarios benignos

A modo de ejemplo, pueden mencionarse los mixomas, los fibroelastomas papilares, los rabdomiomas, los fibromas, los hemangiomas, los teratomas, los lipomas, los paragangliomas y los quistes pericárdicos.

Mixoma

Es el más frecuente y representa el 50% de todos los tumores cardíacos primarios. Su incidencia en las mujeres es entre 2 y 4 veces mayor que en los hombres. En formas familiares raras (complejo de Carney), los hombres tienen una mayor predisposición. Alrededor del 75% de los mixomas se localiza en la aurícula izquierda y el resto en las otras cámaras cardíacas como tumores solitarios o, con menor frecuencia, en varias localizaciones. Los mixomas pueden medir hasta 15 cm de diámetro. Alrededor del 75% es pedunculado y puede prolapsar a través de la válvula mitral y obstruir el llenado ventricular durante la diástole. El resto de los tumores son de base amplia y sésiles. Los mixomas pueden ser mixoides y gelatinosos, lisos, firmes y lobulados, o friables e irregulares. Los mixomas friables irregulares presentan mayor riesgo de provocar embolias sistémicas.

Fibroelastomas papilares

Son papilomas avasculares que ocurren en las válvulas cardíacas en > 80% de los casos. Los papilomas tienen más probabilidades de ocurrir en el lado izquierdo del corazón), predominantemente en las válvulas aórtica y mitral. Los varones y las mujeres son afectados por igual. Los fibroelastomas papilares tienen pliegues papilares que se ramifican desde un núcleo central, en forma similar a una anémona. Alrededor del 45% es pedunculado y no causa disfunción valvular, pero presenta mayor riesgo de embolia.

Rabdomiomas

Afectan sobre todo a lactantes y niños y el 80% de los pacientes tienen esclerosis tuberosa. Los rabdomiomas suelen ser múltiples y se localizan dentro

del tabique o la pared libre del ventrículo izquierdo, donde afectan el sistema de conducción cardíaco. Estos tumores están compuestos por lobulillos duros, de color blanco que en general involucionan con el transcurso de los años. Un porcentaje minoritario de pacientes desarrolla taquicardias e insuficiencia cardíaca secundaria a obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo.

Fibromas

Se presentan sobre todo en niños y se asocian con adenomas sebáceos en la piel y tumores renales. Se producen sobre todo en las cavidades cardíacas izquierdas, a menudo dentro del miocardio ventricular, y pueden aparecer en respuesta a la inflamación. Estos tumores pueden comprimir o invadir el sistema de conducción cardíaco y causar arritmias y muerte súbita. Algunos fibromas forman parte de un síndrome de crecimiento corporal generalizado excesivo, queratoquistes odontogénicos, malformaciones esqueléticas y diversos tumores benignos y malignos (síndrome de Gorlin o de nevos baso celulares).

Hemangiomas

Causan síntomas en una proporción minoritaria de pacientes. En general, se detectan en forma incidental durante exámenes solicitados a causa de otros cuadros.

Teratomas pericárdicos

Afectan principalmente a los lactantes y los niños. Con frecuencia, se adhieren a la base de los grandes vasos. Alrededor del 90% se localiza en la región anterior del mediastino y el resto, en la región posterior del mediastino.

Lipomas

Pueden aparecer en un amplio espectro de edades. Se originan en el endocardio o el epicardio y tienen base pediculada. Muchos son asintomáticos, pero pueden obstruir el flujo o causar arritmias.

Quistes pericárdicos

Pueden simular un tumor cardíaco o un derrame pericárdico en una radiografía de tórax. En general son asintomáticos, aunque también pueden causar síntomas compresivos (p. ej., dolor torácico, disnea, tos).

Tumores cardíacos malignos primarios

Los tumores primarios malignos son los sarcomas, el mesotelioma pericárdico y los linfomas primarios.

Sarcoma

Es el tumor cardíaco maligno más frecuente. Los sarcomas afectan sobre todo a adultos de mediana edad (media, 44 años). Casi el 40% está representado por angiosarcomas, la mayoría de los cuales se origina en la aurícula derecha y compromete el pericardio, con obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho, taponamiento cardíaco y metástasis pulmonares.

Mesotelioma pericárdico

Es infrecuente. Afecta a individuos de cualquier edad, más hombres que mujeres, y causa taponamiento. Puede causar taponamiento cardíaco y constricción y puede metastizar a la columna vertebral, los tejidos blandos adyacentes y el encéfalo.

Linfoma primario

Es muy poco común. Suele hallarse en pacientes con HIV/sida o en otras personas con inmunodeficiencia. Estos tumores crecen rápidamente y causan insuficiencia cardíaca, arritmias, taponamiento cardíaco y síndrome de la vena cava superior (VCS).

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los tumores cardíacos primarios son reconocidos en tratados clásicos como grandes simuladores de muchas enfermedades cardiovasculares y sistémicas. Lo anterior tiene su fundamentación en un grupo de factores multifactoriales estrechamente relacionados con la topografía de la masa tumoral, sus dimensiones, el grado de movilidad, su consistencia, grado de diferenciación celular, estadio tumoral y la variedad histológica entre otros particulares. Desde el punto de vista semiológico los TC pueden producir una amplia diversidad de síntomas y signos como parte de las manifestaciones clínicas, estas pueden ser divididas desde el punto de vista práctico en cuatro grupos generales: Manifestaciones sistémicas, sintomatología cardiovascular, fenómenos embólicos y manifestaciones secundarias a enfermedades metastásicas.

I. Manifestaciones sistémicas.

Los enfermos con TC generalmente presentan sintomatología general como fiebre, escalofríos, malestar general, astenia y disminución de peso corporal. Adicionalmente estos síntomas imitan a los de varias enfermedades del tejido conjuntivo y vasculitis, como mialgias, artralgias, debilidad muscular y fenómeno de Raynaud.

II. Manifestaciones cardiovascular.

Las manifestaciones cardíacas propiamente dichas de los TC primarios tienen su base relacionada con la interferencia mecánica directa que se establece con el

funcionamiento miocárdico o valvular, interferencia con la conducción electrofisiológica, interrupción del flujo sanguíneo coronario o acumulación de líquido pericárdico. La expresión de las diversas manifestaciones cardíacas depende fundamentalmente de la topografía del tumor (pericárdico, intraparietal o intracavitario), de la cavidad afectada, del tamaño del tumor y de su naturaleza infiltrativa.

III.Fenómenos embolicos

Los TC primarios pueden producir embolia sistémica o pulmonar por la liberación de émbolos tumorales o por formación de trombo émbolos en la superficie del mismo. La alta probabilidad que tienen los TC de producir fenómenos embólicos parece estar relacionada en gran medida con la topografía predominante (intraparietal o intracavitario), el tipo de tumor y la friabilidad de la superficie intraluminal.

IV. Manifestaciones secundarias a enfermedades metastásicas.

Las manifestaciones secundarias a los procesos metastásicos son características de los tumores cardíacos primarios malignos. La casi totalidad de los TC primarios malignos se detectan en una etapa avanzada donde generalmente existe diseminación sistémica

SÍNTOMAS Y SIGNOS SEGÚN EL TIPO DE TUMOR

Los **mixomas** puede manifestarse con la tríada de insuficiencia cardíaca, enfermedad embólica, y los síntomas constitucionales. Los mixomas pueden producir un soplo diastólico similar al de la estenosis mitral, pero cuya intensidad y localización varían de un latido a otro de acuerdo con la posición corporal.

Los **fibroelastomas** se descubren en forma incidental durante la autopsia y suelen ser asintomáticos; no obstante, pueden constituir el origen de embolias sistémicas.

Los **rabdomiomas** suelen ser asintomáticos.

Los **fibromas** causan arritmias y pueden provocar muerte súbita y síntomas obstructivos.

Los **hemangiomas** no suelen provocar síntomas, pero pueden causar cualquiera de los síntomas extracardíacos, intramiocárdicos o intracavitarios mencionados.

Los **teratomas** generan dificultad respiratoria y cianosis como resultado de la compresión de las arterias aorta y pulmonar o de un síndrome de la VCS generado por la compresión de la vena cava superior.

Los signos y síntomas de los **tumores cardíacos malignos** son de aparición más aguda y avanzan a mayor velocidad que en los tumores benignos.

Los **sarcomas cardíacos** en general causan síntomas de obstrucción del tracto de entrada ventricular y taponamiento cardíaco.

El **mesotelioma** provoca síntomas de pericarditis o taponamiento.

El **linfoma primario** produce insuficiencia cardíaca progresiva refractaria, arritmias y síndrome de la VCS.

Los **tumores cardíacos** metastásicos pueden manifestarse con cardiomegalia de aparición súbita, taponamiento cardíaco (generado por la acumulación rápida de líquido pericárdico hemorrágico), bloqueo auriculoventricular, otras arritmias o insuficiencia cardíaca de etiología incierta.

Diferencias entre TC primarias malignas y benignas. Los TC primitivos malignos tienen algunas particularidades que los distinguen de los benignos, las cuales resultan de enorme interés manejar en el orden práctico, esto permitirá

establecer inferencias que faciliten el abordaje de los enfermos de una forma mucho más temprana.

Edad: Se presentan con más frecuencia en la tercera, cuarta o quinta décadas de la vida.

Sexo: El sexo masculino está generalmente más afectado.

Topografía: Los TC primarios malignos generalmente asientan en las cámaras cardíacas derechas, muchas veces en la aurícula derecha y desde aquí invaden otras estructuras cardíacas como el ventrículo derecho, aurícula izquierda, ventrículo izquierdo, arteria pulmonar, pericardio o tabique auricular o ventricular.

Diferenciación celular: Se caracterizan por presentar un crecimiento rápido con carácter infiltrativo o invasivo de estructuras mediastínicas y torácicas.

Aspecto y consistencia: Son tumores de configuración y forma variable pero sobre todo polipoide, infiltrativa o intracavitaria a diferencia del aspecto macroscópico que presentan los TC primarios benignos que generalmente suelen ser lisos, regulares, bien definidos.

Potencial metastásico: Poseen los TC primarios malignos gran tendencia a producir metástasis a distancia especialmente en pulmón, riñón, hígado, glándulas suprarrenales y hueso.

Particularidades clínicas: Los TC primarios malignos ocasionan generalmente una sintomatología muy florida dependiente de múltiples factores tales como la topografía, grado de crecimiento y desarrollo del tumor.

DIAGNOSTICO

Clínica

Los síntomas clínicos pueden orientar al diagnóstico, pero de forma muy imprecisa, ya que los TC pueden dar signos y síntomas variados según su localización y naturaleza. Lo importante es la sospecha clínica ante pacientes con una determinada sintomatología que no cuadra bien con una enfermedad cardiológica concreta.

EKG

Puede ser normal o con cambios inespecíficos en la repolarización. Pueden verse arritmias auriculares o ventriculares, así como bloqueos. Si está afectado el pericardio aparece bajo voltaje en las derivaciones.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX

También puede ser normal, o puede observarse alteración o crecimiento de la silueta cardíaca (fibromas o rabiomiomas), derrame pericárdico (angiosarcoma, tumores malignos o tumores metastásicos), signos de hipertensión venocapilar pulmonar (mixomas de la aurícula izquierda o tumores intracavitarios izquierdos), calcificación (mixoma o fibroma) o datos de embolismo pulmonar (mixoma de la aurícula derecha).

ECOCARDIOGRAMA

Es en general el mejor método diagnóstico. El ecocardiograma en modo M detecta bien el mixoma auricular izquierdo y otros tumores intracavitarios.

CATETERISMO CARDÍACO Y EXPLORACIÓN HEMODINÁMICA

Está indicado en casos seleccionados con un diagnóstico deficiente por ecocardiograma, necesidad de explorar las coronarias (pacientes con factores de riesgo coronario y tumor sobreañadido) y coexistencia de otra cardiopatía. Si el

diagnóstico del TC se ha realizado correctamente por ecocardiografía, en general no es necesario recurrir al cateterismo cardíaco. En las tumoraciones intracavitarias puede incluso ser un riesgo sobreañadido por la posibilidad de traumatismo tumoral, disgregación y embolización de material neoplásico.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA Y RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR

Proporcionan una gran información, no sólo del corazón sino también del mediastino y de toda la cavidad torácica. En los mixomas no es necesario realizarlas, ya que el diagnóstico se realiza bien por ecocardiografía. Su indicación principal son los tumores con sospecha de invasión mediastínica y en las neoplasias cardíacas malignas.

VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA

Se utiliza poco en la actualidad, y estaría indicada cuando el ecocardiograma no aporta claramente el diagnóstico, en especial en los tumores intramurales ventriculares.

TRATAMIENTO

Primario benigno: resección

Primario maligno: cuidados paliativos

Metástasico: depende del origen del tumor

El tratamiento de los tumores primarios benignos consiste en extirpación quirúrgica seguida por ecocardiografía seriada durante 5 o 6 años en busca de recidivas. Los tumores deben extirparse salvo que otra enfermedad (p. ej., demencia contraindique) la cirugía. La operación suele ser curativa (supervivencia de 95% a los 3 años). Las excepciones son los rhabdomiomas, que

suelen involucionar espontáneamente y no requieren tratamiento, y el teratoma pericárdico, que puede necesitar pericardiocentesis de emergencia. Los pacientes con fibroelastoma también requieren una reparación o un reemplazo valvular. Cuando los rabdomiomas o los fibromas son multifocales, la extirpación quirúrgica suele ser ineficaz y el pronóstico es desfavorable después del año; la supervivencia a los 5 años puede ser tan baja como del 15%.

El tratamiento de los tumores primarios malignos suele ser paliativo (p. ej., radioterapia, quimioterapia, manejo de las complicaciones), porque el pronóstico es nefasto.

El tratamiento de los tumores cardíacos metastásicos depende del origen del tumor y puede consistir en quimioterapia sistémica o cuidados paliativos.

CONCLUSIÓN

Como pudimos darnos cuenta hay una gran cantidad de información con respecto a los tumores cardiacos.

Me parece relevante destacar que hay información específica, que nos puede ayudar en el diagnóstico de los tumores, cada uno de los tipos tiene una forma de manifestación clínica, que es importante que conozcamos para poder diferenciar y realizar el diagnóstico

El mixoma es el tumor cardiaco benigno más frecuente, más del 50% de éstos, debiendo sospecharse siempre ante una masa en aurícula izquierda. Además de la sintomatología general que pueden producir, presenta una alta propensión a la embolización, estimada en un 15,5%.

El tratamiento, debe ser en base al tipo de tumor, aunque en la mayoría de los casos requiere ser extirpado.

Debemos tener en cuenta que la mayoría de los tumores, se originan en otra parte del cuerpo y hacen metástasis en el corazón, aunque es poco frecuente pero también pueden originarse ahí.

Por esto al momento de extirparlo se debe tener muchas precaución para evitar daños mayores.