



Nombre del Alumno: Raul Gibran Gallegos Merlin

GRADO: 5º

GRUPO: "A"

ASIGNATURA: Cardiología

INTRODUCCION

En los últimos años existe un creciente interés por la incursión en el estudio de las tumoraciones del corazón. El objetivo que se persigue con este material es realizar una compilación de temas relacionados con las generalidades y particularidades clínicas de los tumores cardiacos primarios. Para este propósito se realiza una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el tema presentándose en esta primera parte una puesta al día que transita desde los antecedentes históricos pasando por la epidemiología y la clasificación actualizada hasta las manifestaciones clínicas expuestas desde un enfoque semiológico complementado por las diferencias fundamentales que caractreizan a los procesos primarios tanto benignos como malignos del corazón.

TUMORES CARDIACOS

Epidemiología

Los TC primarios son poco frecuentes como regla general en todos los grupos etáreos, con una prevalencia descrita del 0,001 al 0,03% en series autópsicas.

Se describe que aproximadamente el 75% de todos los TC primarios son neoplasias benignas, los mixomas cardíacos suponen al menos la mitad de ellos. Sin embargo, la denominación oncológica de benignidad infraestima el efecto potencialmente devastador que puede suponer para el paciente cualquier TC primario benigno

El TC benigno más frecuente en el adulto es el mixoma y en la edad pediátrica el rabdomioma seguido del mixoma y el fibroma, del 25% restante de TC primarios que se considera que son neoplasias malignas, la mayoría son sarcomas; los linfomas resultan ser los siguientes en frecuencia.

Tumores primarios benignos:

o Mixoma

o Rabdomioma

o Fibroma

o Fibroelastoma papilar Lipoma

o Mesotelioma del nodo A-V

- o Teratoma**

- o Hemangioma**

- o Quiste broncogénico**

- o Quiste hidatídico**

- o Quiste pericárdico**

Tumores primarios malignos

- o Sarcomas**
 - Angiosarcoma**

 - Rabdomiosarcoma**

 - Fibrosarcoma**

 - Osteosarcoma**

 - Sarcoma neurogénico**

 - Liposarcoma**

- o Mesotelioma**

- o Linfoma maligno**

- o Timoma maligno**

- o Teratoma maligno**

Los tumores cardíacos primarios son reconocidas en tratados clásicos como grandes simuladores de muchas enfermedades cardiovasculares y sistémicas, los grupos 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

Semiología

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
- Manifestaciones secundarias a enfermedades metastásicas

Manifestaciones sistémicas

Estas manifestaciones sistémicas guardan una estrecha relación con los productos de secreción liberados por el tumor o por la necrosis tumoral los

tumores cardíacos primarios benignos, los mixomas cardíacos son los que producen síntomas sistémicos más llamativos, y se piensa que estén mediados por la elevación de la concentración plasmática de interleucina 6 (IL-6) que con frecuencia se encuentra en estos pacientes.

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

Exámenes de laboratorio:

Estos suelen mostrar leucocitosis, policitemia, anemia, trombocitosis, trombocitopenia, hipergammaglobulinemia y aumento de la velocidad de sedimentación globular

Sintomatología 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

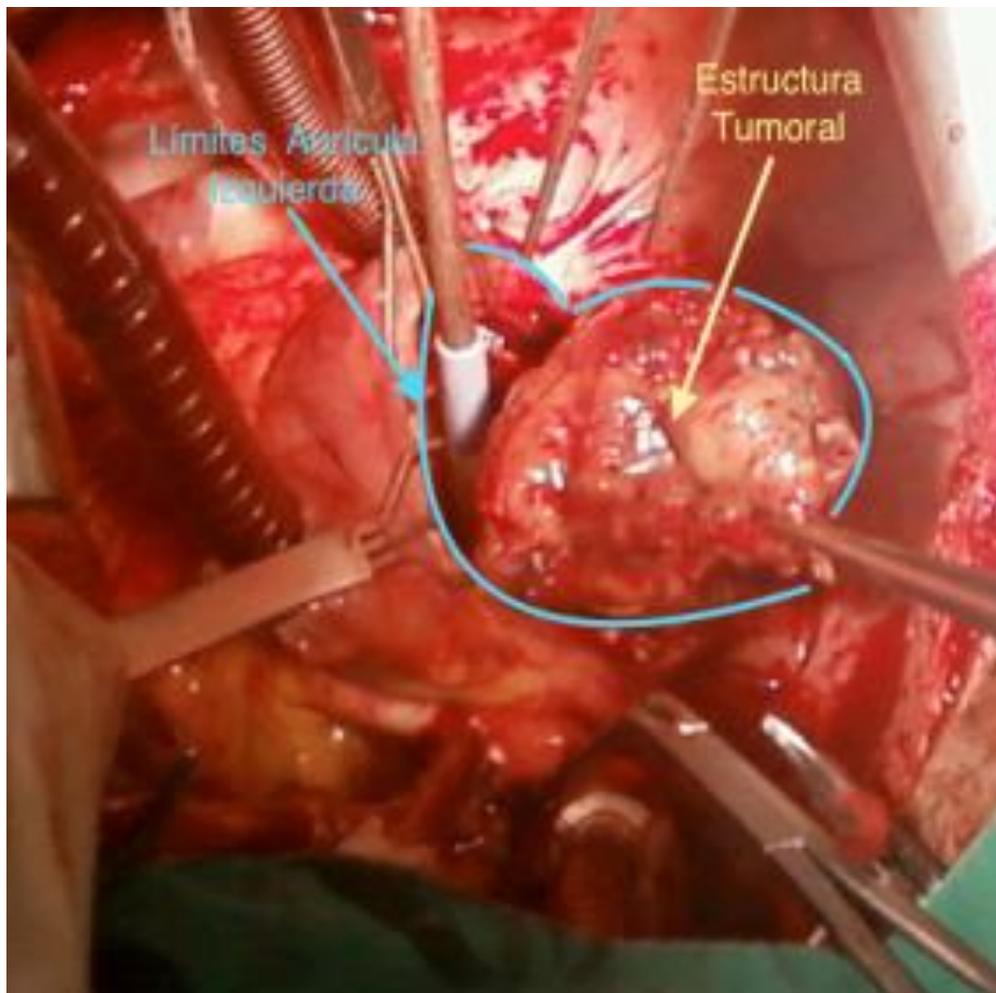
Los TC primarios intraparietales o miocárdicos

Suelen generar poca sintomatología o presentan un comportamiento asintomático, Sin embargo, los tumores intraparietales de mayor tamaño suelen interferir con la disposición en las que discurren las estructuras nerviosas del sistema éxito conductor del corazón o igualmente pudieran comprimir las mismas, produciendo una amplia variedad de arritmias, como bloqueo cardíaco de diferentes grados.

Pueden infiltrar las paredes de las cavidades cardíacas y de esta manera obstruir el tracto de salida ventricular o contribuir a generar diversos grados de insuficiencias valvulares relacionados por la deformidad

En relación a la localización intracavitaria, como dato topográfico de interés se tiene que los tumores intracavitarios pedunculados y móviles puede ser significativamente problemáticos debido a su potencial capacidad para interferir con el funcionamiento valvular y miocárdico.

En el caso de los tumores auriculares izquierdos, las lesiones intracavitarias de tipo pedunculadas y móviles pueden interferir con la válvula mitral y producir hallazgos clínicos típicos de insuficiencia mitral como ortopnea, disnea paroxística nocturna, tos, hemoptisis, dolor torácico y edema periférico.



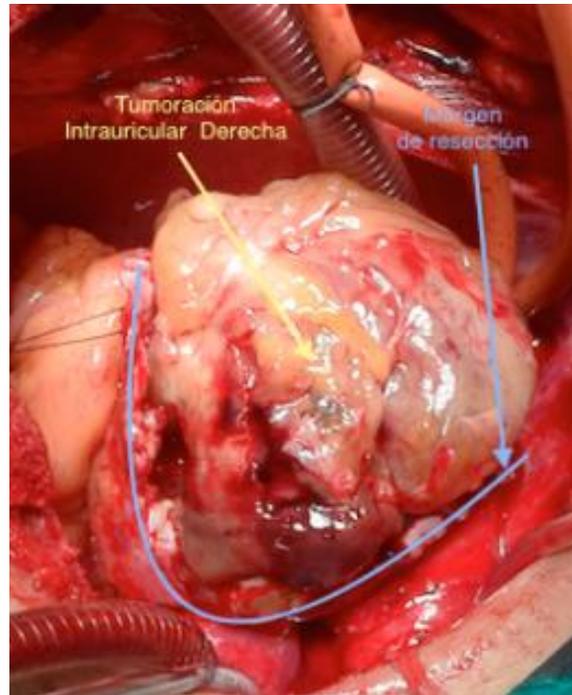
Esta sintomatología antes descrita puede tener un inicio brusco o pueden ser intermitentes y guardando relación con los cambios de posición. Desde el punto de vista semiológico el examen físico suele mostrar signos de congestión pulmonar que se manifiesten auscultatoriamente con S3 y S1 intenso y muy desdoblado, un soplo holosistólico más llamativo en la punta irradiado hacia la axila, un soplo diastólico por el flujo sanguíneo turbulento a través del orificio mitral.

Auricular derecha

Las manifestaciones cardíacas más frecuentes de los tumores intracavitarios localizados a este nivel son astenia, edema periférico, ascitis, hepatoesplenomegalia y elevación de la presión venosa yugular con onda a prominente. El diagnóstico con frecuencia es tardío, con un intervalo que promedia desde la presentación hasta el diagnóstico correcto de 2.5 a 3 años aproximadamente

Los pacientes con frecuencia consultan refiriendo sintomatología compatible con insuficiencia cardíaca derecha rápidamente progresiva y también con soplos cardíacos de nueva aparición por interferencia mecánica con la válvula tricúspide.

La semiología puede traducirse por edema periférico, hepatoesplenomegalia, ascitis, elevación de la presión venosa yugular con una onda a prominente auscultatoriamente existirá un soplo diastólico temprano o un soplo holosistólico con variación respiratoria o posicional significativa.



Los tumores ventriculares derechos con un componente intracavitario significativo suelen interferir con el llenado o con el flujo de salida del ventrículo derecho, por lo que pueden producir insuficiencia cardíaca derecha generando manifestaciones dadas por disnea, edema periférico, ascitis y hepatoesplenomegalia.

La auscultación precordial puede mostrar un soplo de eyección sistólico en el borde esternal izquierdo, S_s y P₂ diferido. Puede haber también elevación de la presión venosa yugular y signo de Kussmaul.

Los TC primarios ubicados a nivel ventricular izquierdo que presenten un componente intracavitario de importancia pueden igualmente obstruir el tracto de salida ventricular izquierdo y producir una sintomatología caracterizada por insuficiencia cardíaca izquierda y síncope, así como dolor torácico atípico debido generalmente a una obstrucción del sistema arterial coronario por infiltración tumoral.

Semiológicamente tenemos que pueden evidenciarse elementos que sugieran edema pulmonar, presión arterial baja y soplos sistólicos que simulan los hallazgos de la estenosis aórtica o subaórtica. Las manifestaciones auscultatorias y la tensión arterial periférica pueden tener una amplia variación relacionada con los cambios posicionales.

Manifestaciones cardiovasculares:

El embolismo del sistema arterial coronario da lugar a hallazgos clínicos de infarto de miocardio y puede ocultar aún más la alteración subyacente. Por lo tanto, es importante la exploración cuidadosa para poder llegar a un diagnóstico oportuno.

Manifestaciones de la circulación pulmonar:

La embolización a nivel pulmonar habitualmente está producida por un tumor en el hemicardio derecho, aunque los émbolos procedentes de un tumor del

hemicardio izquierdo proximal a la localización de un cortocircuito intracardíaco de izquierda a derecha también pueden producir embolia pulmonar en algunos casos en no pocos casos.

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 destruyendo 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.