

*NOMBRE DE ESTUDIANTE:
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ*

DOCENTE: 
DR. SAUL PERAZA MARÍN

*MATERIA:
CARDIOLOGÍA
TEMA:
TUMORES CARDÍACOS*

*CARRERA:
MEDICINA HUMANA*

SEMESTRE: QUINTO

FECHA: 09/ DICIEMBRE/ 2020

TUMORES CARDÍACOS

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. La afectación secundaria del corazón por tumores extracardíacos es de 20 a 40 veces más frecuente que los tumores cardíacos primarios, pero estos escapan del propósito de este material. 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 rabiomioma 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

Mixoma

Rabiomioma

Fibroma

Fibroelastoma papilar Lipoma

Mesotelioma del nodo A-V

Teratoma

Hemangioma

Quiste broncogénico

Quiste hidatídico

Quiste pericárdico

Tumores endocrinos:

Paraganglioma, Tumor tiroideo

Otros:

Linfangioma, Neurofibroma, Hamartoma, leiomioma, Swannoma, Granuloma de células plasmáticas.

Tumores primarios malignos

Sarcomas:

Angiosarcoma, Rbdomiosarcoma, Fibrosarcoma, Osteosarcoma, Sarcoma neurogénico, Liposarcoma, Sarcoma sinovial, Leiomiosarcoma

Mesotelioma, Linfoma maligno, Timoma maligno, Teratoma maligno.

Las tumores cardíacas primarias son reconocidas 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.

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.

Múltiples manifestaciones sintomáticas de carácter sistémicas pueden ser producidas por los TC independientemente de su grado de malignidad esto hace que se dificulte en alguna medida el diagnóstico oportuno. Estas manifestaciones sistémicas guardan una estrecha relación con los productos de secreción liberados por el tumor o por la necrosis tumoral. Un ejemplo representativo de este comportamiento tenemos que entre 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.

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.

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 de pequeñas dimensiones 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 conductor del corazón o igualmente pudieran comprimir las mismas, produciendo una amplia variedad de arritmias, como bloqueo cardíaco de diferentes grados. Vale señalar además que los TC intramurales grandes también 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 que su presencia genere en las diferentes cámaras cardíacas.

localización intracavitaria de los TC primarios resulta significativo que estos tienden a ser más sintomáticos. 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 dados por astenia ortopnea, disnea paroxística nocturna, tos, hemoptisis, dolor torácico y edema periférico.

localización 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. En alguna oportunidad los casos se presentan con manifestaciones compatibles con un síndrome de la vena cava superior producido por un tumor auricular derecho grande. 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. Estos hallazgos pueden variar mucho dependiendo de la posición del paciente.

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. En el caso de los TC primarios malignos, como los angiosarcomas y los linfomas cardíacos primarios, puede haber derrames pericárdicos hemorrágicos malignos. Puede producirse también taponamiento cardíaco potencialmente mortal y rotura cardíaca que causa muerte súbita.

Las manifestaciones secundarias a los procesos metastásicos son característicos 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. En no pocos casos la forma de presentación de estos procesos la constituyen las manifestaciones clínicas secundarias a la enfermedad metastásica. Las localizaciones más frecuentes descritas en la mayoría de los TC primarios, como los angiosarcomas y los rhabdomyosarcomas, se ubican por orden de frecuencia a nivel pulmonar, encefálico y óseo. Existen reportes que adicionalmente describen manifestaciones dadas por invasión hepática, esplénica, a nivel de las glándulas suprarrenales y la piel con diferentes grados de infiltración de las cadenas ganglionares.