



Reporte de caso: adenocarcinoma cardiaco simultáneo a carcinoma escamoso pulmonar

Case report: simultaneous cardiac adenocarcinoma with lung squamous cell carcinoma

Andrés Kang¹  Shirley Galeano² 

RESUMEN

El tumor primario cardiaco es muy raro. Entre los tumores más frecuentes que se disemina al corazón se menciona al mesotelioma en primer lugar 48%, melanoma 27,8% y adenocarcinoma del pulmón 21% por vía linfática principalmente y en menor medida, hematogena¹ La presentación depende de la localización, generalmente asintomática, pero puede manifestarse por disnea, tos, dolor torácico o taponamiento cardiaco. Paciente masculino, 71 años procedente de la zona capital del país. Portador de insuficiencia cardiaca en tratamiento regular. Acude por 15 días de dificultad respiratoria a moderados esfuerzos, progresivo que llega al reposo. Por velamiento del seno costofrénico izquierdo en radiografía de tórax al ingreso además engrosamiento hiliar bilateral, se realiza toracocentesis diagnóstica eco guiada (derrame izquierdo 400-600cc; derecho 200-400cc). En Tomografía de tórax se observa masa en segmento ápico-posterior del lóbulo superior izquierdo. En lóbulo inferior izquierdo, imagen en masa con disminución de la luz de los bronquios segmentarios. En ventana mediastinal, se observa engrosamiento del contorno cardiaco. En biopsia pulmonar por TRUCUT, retorna carcinoma escamoso infiltrante de células grandes pobremente diferenciados, Queda internado 22 días. Recibe Ampicilina-IBL + Levofloxacina D12 y desparasitación con nitaxozanida. En el presente caso el paciente acude con la sintomatología descrita

ABSTRACT

The primary cardiac tumor is very rare. Among the most frequent tumors that spread to the heart, mesothelioma is mentioned in the first place 48%, melanoma 27.8% and adenocarcinoma of the lung 21% mainly through the lymphatic route and to a lesser extent, hematogenous¹ The presentation depends on the location, generally asymptomatic, but may manifest as dyspnea, cough, chest pain, or cardiac tamponade. Male patient, 71 years old from the capital area of the country. Carrier of heart failure in regular treatment. He comes for 15 days of respiratory distress at moderate efforts, progressively reaching rest. Due to veiling of the left costophrenic sinus on admission chest X-ray, in addition to bilateral hilar thickening, an ultrasound-guided diagnostic thoracentesis was performed (left effusion 400-600cc; right 200-400cc). A chest CT scan shows a mass in the apico-posterior segment of the left upper lobe. In the left lower lobe, mass image with diminished lumen of the segmental bronchi. In the mediastinal window, a thickening of the cardiac contour is observed. In lung biopsy by TRUCUT, poorly differentiated infiltrating squamous carcinoma of large cells returned. He was hospitalized for 22 days. He receives Ampicillin-IBL + Levofloxacin D12 and deworming with nitaxozanide. In the present case, the patient presented with the symptoms described in the literature and cardiac tamponade was confirmed on chest tomography.

Fecha de recepción: octubre 2021; fecha de aceptación: noviembre 2021

¹ Hospital de Clínicas. Cátedra y Servicio de Neumología, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción. San Lorenzo. Paraguay.

² Carrera de Medicina. Universidad Privada María Serrana. Asunción. Paraguay.

Autor de correspondencia: Shirley Galeano. Email: greynal88@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons.

en la literatura y se constató en tomografía torácica, taponamiento cardiaco.

Palabras Clave: Adenocarcinoma, Cáncer de pulmón, Tumor

INTRODUCCIÓN

La afectación cardiaca por cáncer de pulmón es poco frecuente, asociándose a mal pronóstico y en muchas ocasiones no es conocida hasta la realización de la autopsia. Existen pocos casos publicados en la literatura de cáncer de pulmón con metástasis intracardiacas (Cabrera et al., 2017; Lestuzzi, 2010).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino, 71 años procedente de la zona capital del país. Portador de insuficiencia cardiaca en tratamiento regular. Acude por 15 días de dificultad respiratoria a moderados esfuerzos, progresivo que llega al reposo. Acompaña tos seca, luego productiva en escasa cantidad de coloración amarillenta. En facultativo recibe levofloxacina por 5 días y salmeterol/fluticasona a horario. 10 días antes, por edema bilateral de miembros inferiores inicia furosemina y carvedilol. Al ingreso, al examen físico a nivel pulmonar se constata murmullo vesicular globalmente disminuido y abolido en hemitórax inferior izquierdo con roncus bibasales. A nivel cardiovascular no se constatan hallazgos de valor en extremidades, edema bilateral hasta la rodilla Godet ++.

Por velamiento del seno costofrénico izquierdo en radiografía de tórax al ingreso además engrosamiento hilar bilateral, se realiza toracocentesis diagnóstica ecoguiada (derrame izquierdo 400-600cc; derecho 200-400cc). En Tomografía de tórax se observa masa en segmento ápico-posterior del lóbulo superior izquierdo. En lóbulo inferior izquierdo, imagen en masa con disminución de la luz de los bronquios segmentarios. En ventana mediastinal, se observa engrosamiento del contorno cardiaco. En biopsia pulmonar por TRUCUT, retorna carcinoma escamoso infiltrante de células grandes pobremente diferenciado. En citología de esputo, no se observan células atípicas.

En ECG: bloqueo completo de rama derecha. En ecocardiograma, cardiopatía hipertensiva con buena fracción de eyección 73%, derrame pericárdico circunferencia severo sin compresión significativa (21 mm posterior, 25mm la-

Keywords: Adenocarcinoma, Lung cancer, Tumor

teral y 22mm anterior) con imágenes ecodensa adherida al ventrículo derecho. Presión pulmonar sistólica normal. En pericardiocentesis se drena 1500cc; retorna exudado mononuclear (70%) (LDHpl/s: 1042/613; Prot pl/s: 5/5,8 ADA 35) sin aislamiento de micobacteria en frotis, cultivo y geneXpert. En anatomía patología retorna células papilares, atipia nuclear y núcleos hiper cromáticos. Positivo a células malignas (carcinoma a diferenciar del adenocarcinoma). Queda internado 22 días. Recibe Ampicilina-IBL + Levofloxacina D12 y desparasitación con nita-zoxanida.

DISCUSIÓN DEL CASO

Existen pocas publicaciones de hallazgos simultáneos de tumor cardiaco y pulmonar. Se han descrito casos de metástasis intracardiacas, en dicho caso empeora el pronóstico del paciente. El tumor primario cardiaco es muy raro. Entre los tumores más frecuentes que se disemina al corazón se menciona al mesotelioma en primer lugar 48%, melanoma 27,8% y adenocarcinoma del pulmón 21% por vía linfática principalmente y en menor medida, hematogena¹

La presentación depende de la localización, generalmente asintomática, pero puede manifestarse por disnea, tos, dolor torácico o taponamiento cardiaco. En el presente caso el paciente acude con la sintomatología descrita en la literatura y se constató en tomografía torácica, taponamiento cardiaco.

El presente caso clínico no presenta conflictos de interés

REFERENCIAS

- Cabrera César, E., Fernández Aguirre, M.C. e Hidalgo Sanjuan, M.V. (2017). Metástasis cardiacas de una neoplasia pulmonar. *Archivo bronconeumología*, 53 (2), 80-81.
- Lestuzzi, C. (2010) Neoplastic pericardial disease: Old and current strategies for diagnosis and management. *World J Cardiol*, 2 (9),270-9. Doi: 10.4330/wjc.v2.i9.270.

BIOGRAFÍA

Andrés Kang

Profesor y jefe de Residentes de Neumología. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente. Universidad Nacional de Asunción.

 <https://orcid.org/0000-0003-4977-7227>

Shirley Galeano

Coordinadora de Investigación y de Extensión. Universidad Privada María Serrana. Asunción. Paraguay. Especialista en Neumología.

 <https://orcid.org/0000-0001-7347-0650>