

Mesoteliosarcoma primitivo del pericardio Acerca de una observación

FERNANDO MEDICI, VICENTE PATARO y ELIAS J. SALES
Buenos Aires (Argentina)

Es sabida la rareza de los tumores primitivos del pericardio. **Mahaim**, en 1945, reunió 84, la mayoría malignos, de los cuales 24 eran mesoteliomas. **Kohler** halló 6 tumores de pericardio entre 9118 autopsias (1). **Gunsburg** encontró un solo caso en 1700 necropsias. **Reals** y colaboradores describieron un caso en 1947 (2). **Willis** se ocupó del criterio diagnóstico histológico (3). **Sarrell** (4) y **Thomas y Phythyon** (5) aportaron sendas observaciones a la casuística.

Estos tumores agrandan el tamaño cardíaco y producen derrame pericárdico o hemático con tendencia a la progresión y al taponamiento (6). Se manifiestan con el cuadro clínico, radiológico y electrocardiográfico de una pericarditis. Apoyan el diagnóstico la radiografía con neumoperitoneo, la angiocardiógrafía y la biopsia del pericardio.

El criterio diagnóstico exigido es el de un examen postmortem completo que excluya otro tumor epitelial primario como posible fuente de carcinoma metastático. Cumplido este requisito, se está autorizado a asegurar la existencia de un mesotelioma primitivo a sarcoma mesotelial del pericardio, llamado también en la literatura franco-alemana celotelioma primitivo.

En nuestro caso no hemos podido cumplir con este rigorismo por tratarse de una paciente privada, pero lo presentamos por dos motivos: su rareza y su evolución clínica, con el comienzo aparente de un proceso pleural.

CASO CLINICO

Mujer de 34 años de edad, casada. Sin antecedentes personales dignos de mención. Desarrollaba intensa actividad física, caminaba mucho y a menudo nadaba varios largos de pileta. En septiembre 1963 comenzó a notar tos seca y disnea al nadar sólo un largo de pileta, caminar 150 m. o subir tres o cuatro escalones. Esta disnea fue progresiva y a los pocos días apareció disnea de decúbito, debiendo dormir sentada. En enero 1964 consultó a un cardiólogo, quien descartó la existencia de cardiopatía; y al hallar un presunto síndrome hídrico en la base pulmonar derecha se aconsejó consultar a un tisiólogo. Vista por uno de nosotros, se hizo el diagnóstico de derrame pleural serofibrinoso de la gran cavidad derecha, procediéndose a evacuar el derrame y a instituir tratamiento antitímico.

Si bien hubo una mejoría parcial, el derrame se reprodujo de modo reiterado.

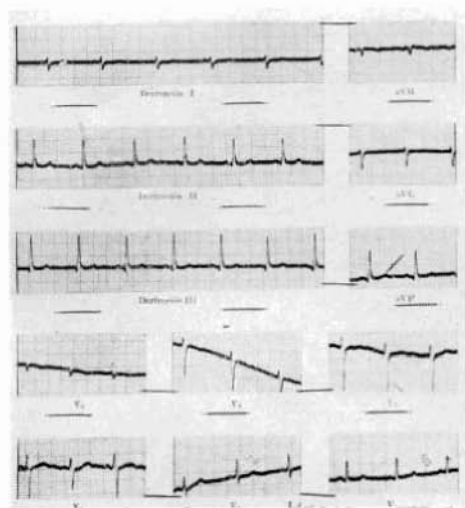


Fig. 1

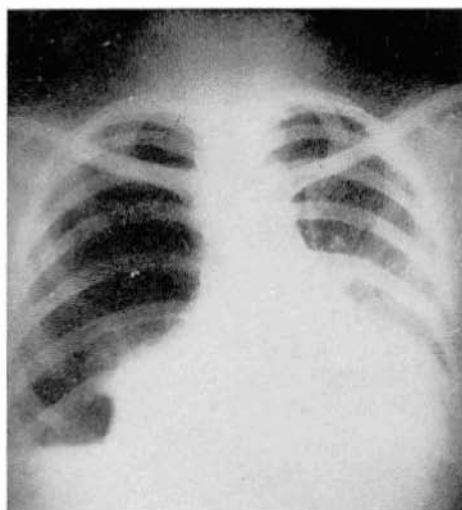


Fig. 2

FIG. 1. Electrocardiografía correspondiente a un mesotelioma primitivo del pericardio.

FIG. 2. Radiografía del tórax de un caso de mesotelioma primitivo del pericardio.

Ante la persistencia y la ulterior exacerbación de la disnea, se internó a la enferma en marzo y fue solicitado el examen cardiológico. Vimos a la paciente e hicimos el diagnóstico de derrame pericárdico basados en una congestión yugular estable, en los trastornos de la repolarización ventricular existentes ya en el electrocardiograma obtenido en enero (fig. 1) y en el signo de Kussmaul.

Se plantearon dos dudas diagnósticas: a) acerca de la etiología básica y b) sobre las relaciones etiopatogénicas entre la afectación de ambas serosas. Con respecto al primer punto el tisiólogo había sospechado ya la etiología maligna, pero refiriéndola a un proceso pleural o de ubicación desconocida. Evacuóse el derrame pleural, se inyectó aire y se realizó una pleuroscopía que no mostró datos de interés (fig. 2). Nuevas radiografías y electrocardiogramas ratificaron los hallazgos anteriores.

El 2-IV-64 la enferma empeoró. La hallamos con disnea intensa, cianosis y descenso de la tensión arterial de 110-80 a 80-50. Hicimos el diagnóstico de taponamiento cardíaco agudo e indicamos la intervención urgente.

Intervención (Dr. Pataro) el 3-IV-64: Se comprobó un abundante hemopericardio y se efectuó la abertura del saco pericárdico y la evacuación del derrame. Esto restableció la amplitud y la fuerza de las contracciones cardíacas, elevó la tensión arterial e hizo desaparecer la cianosis. Además, se comprobó congestión e infiltración de la pleura parietal; firmes adherencias pleuro-pericárdicas a nivel del segmento dorsal medio del lóbulo pulmonar inferior derecho, correspondiendo al ángulo costo-diafragmático; ganglios indurados en la vecindad de la salida de los grandes vasos; gránulos duros de pocos milímetros de diámetro

a nivel del seno transverso del pericardio visceral, alterado en aspecto y color.

Se tomó material para biopsia del espesamiento pericárdico a nivel del ángulo costo-diafragmático y de los ganglios de la base. Se resecó un segmento pericárdico para dejar un drenaje amplio.

La paciente se retiró a su domicilio mejorada clínica y electrocardiográficamente. Sobrevivió dos meses.

Informe anatomopatológico (Dr. Polak): 1) Pericardio: Material con aspecto semejante en todos los cortes estudiados. Fragmentos irregulares de tejido pericárdico en el que destaca un proceso neoformativo de estirpe mesenquimatosa cuyos elementos se disponen en forma de regueros infiltrantes y muestran marcadas alteraciones morfológicas y tintóreas, como hiper cromatofilia basófila, disociación nucleoplasmática y numerosas mitosis típicas y atípicas.

2) Ganglio linfático: El mismo proceso neoformativo.

Diagnóstico histológico (fig. 3): a) Mesoteliosarcoma primitivo del pericardio; b) metástasis en ganglio linfático.

RESUMEN

Se presenta un caso de mesotelioma aparentemente primitivo del pericardio. Su iniciación clínica ostensible fue la de un derrame pleural. El compromiso peri-

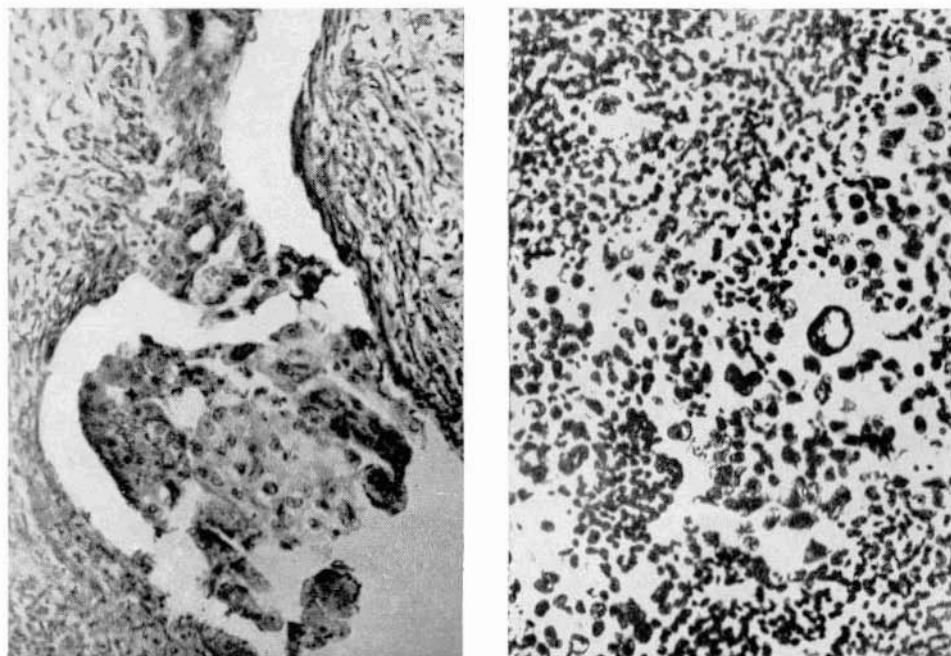


FIG. 3. Examen anatomopatológico de un caso de mesoteliosarcoma primitivo del pericardio.

cárdico, si bien se había revelado por algunos signos, pasó inicialmente a un plano secundario y llevó al final al taponamiento cardíaco por hemopericardio. La naturaleza del proceso se aclaró mediante biopsia obtenida durante la toracotomía y pericardiectomía.

SUMMARY

Primitive tumor of the pericardium are very seldom observed. These tumors may produce pericardial effusion with hydro or hemopericardium. Clinical, X-Ray, and ECG findings are very similar to those of acute pericarditis. A neoplasm of the pericardium may be suspected if there is a persistent effusion, particularly if this be hemorrhagic, and sometimes a positive diagnosis can be established by demonstrating neoplastic cells in the pericardial fluid or in a pericardial biopsy. The electrocardiogram may display nonspecific abnormalities which direct attention to the heart. Nevertheless the diagnosis is made in most cases only at necropsy.

A case is presented of a primary mesothelial sarcoma of the pericardium.

This was a 34-year-old married white female. Her past history was not significant. Present illness started 6 months prior to admission. She began complaining of coughing and dyspnea with exercise. In few weeks dyspnea was present at rest, and the patient was forced to sleep in the sitting position. She was then seen by a cardiologist who ruled out heart disease. As the condition did not improve she was examined by one of the authors who noted a pleural effusion and indicated antituberculous treatment. With this therapy there was a slight improvement, but symptoms still persisted. Again Chest X-Ray films, and ECG were taken, and this time a pericardial effusion was diagnosed associated to the pleural effusion.

Etiology of the process was not discovered, and no relation was established at that particular moment between the pleural and pericardial effusion.

While in treatment, and about 6 months after the onset of the first signs and symptoms, the patient suddenly complained of intense dyspnea and cyanosis, dropping the blood pressure from 110/80 to 80/50. A cardiac tamponade was diagnosed and surgery indicated.

At surgery, the effusion was drained, but the existence of a very thickened pericardium forced the surgeon to proceed to pericardial biopsy. This demonstrated a primary mesothelial sarcoma.

The patient left the hospital improved. She died two months later.

BIBLIOGRAFIA

1. GOULD, S. E.: "Pathology of the Heart", 1953.
2. REALS y colaboradores: "Arch. Path.", 44:380;1947.
3. WILLIS, J.: "Path. and Bact.", 47:35;1936.
4. SARREL, W. G.: *Primary pericardial mesotelioma*. "Am. Heart J.", 49:2;1965.
5. THOMAS, J. y PHYTHON, J. M.: *Primary mesotelioma of the pericardium*. "Circulation", 15:3; 1957.
6. HURST y LOGUEH "The Heart", 1966.
7. EDWARDS, J. E.: "An Atlas of Acquired Diseases of the Heart and Great Vessels", 1961.