



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 204/91 - Causa rara de Insuficiencia Cardiaca

M. Anta Fernández<sup>a</sup>, J.M. Bravo González<sup>b</sup>, C. Fernández Galache<sup>c</sup>, A. García-Lago Sierra<sup>d</sup>, D.M. Robaina Cabrera<sup>e</sup>, B. Martínez Sanz<sup>f</sup>, N. Guelai<sup>d</sup>, L.P. Salag Rubio<sup>g</sup> e I. Galán López<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. <sup>b</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapotón. Torrelavega. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. <sup>f</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>g</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. <sup>h</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 80 años con antecedentes de HTA, diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución, obesidad, síndrome depresivo, insuficiencia venosa e, hysterectomía hace 40 años Estudiada por palpitaciones 5 meses antes (ecocardio: HVI ligera, FEVI normal, Holter normal). Vida activa. Consulta a su MAP por cuadro de 2 meses de astenia, hiporexia, pérdida de unos 8 Kg, disnea de moderados esfuerzos, ortopnea y edemas en piernas. No mejoría con tratamiento diurético, por lo que se remite al Servicio de Urgencias hospitalario.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, eupneica en reposo. TA120/87, FC 89, afebril, obesa, PVY elevada, sin adenopatías, AC rítmica sin soplos, AP crepitantes finos en bases, mamas normales. Abdomen distendido, ascitis moderada, hepatomegalia dolorosa, reflujo HY, edemas con fóvea hasta rodillas y en zonas declives. Hemograma normal, VSG 42, glucosa 118, función renal e iones normales, GOT 95, GPT 115, LDH 356, albúmina 3.2. M. tumorales: AFP 4.340, CEA 11, CA125 309, Ca15.30 74 y CA19.9 normal. ECG: R sinusal, sin alteraciones. Rx tórax: signos de IC, pequeño derrame pleural izquierdo.

Ecocardiografía: masa en aurícula derecha, que ocupa toda la cavidad y protruye hacia VD, quedando una lámina por donde fluye la sangre. Engrosamiento pericárdico, TAC abdomen: múltiples LOES hepáticas, ascitis, conglomerados de adenopatías en retroperitoneo y t celiaco.

**Juicio clínico:** Insuficiencia cardiaca derecha. Síndrome general. Tumor cardiaco probablemente metastásico.

**Diagnóstico diferencial:** Con causas comunes de insuficiencia cardiaca, en este caso, miocardiopatía hipertensiva o isquémica por FRCV.

**Comentario final:** Los tumores cardiacos primarios son poco frecuentes. Los metastásicos son 100 a 1.000 veces más frecuentes que los primarios, sobretodo de Ca. Pulmón. También en timomas, t. germinales, gástricos, hepáticos, ovario, colo-rectal, mama, melanomas y linfomas. Se ven en 1 de cada 5 casos de enfermedad neoplásica generalizada. Son más frecuentes en las cavidades derechas. La clínica puede ser debida a 1. Obstrucción intracardiaca (disnea, ortopnea, EAP, síncope), 2. Embolización sistémica (TEP, ACVA, embolia retiniana, embolismo arterial EEII), 3. Alteraciones de la conducción y 4. Síndrome general, obligando a diagnóstico diferencial amplio. En nuestro caso, presentaba casi toda la constelación de

síntomas. Falleció de fallo cardiaco.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Burke A, Virmani R. Tumors of the heart and great vessels. Atlas of tumor pathology. Armed Forces Institute of Pathology. 1996:111-9.
2. Día Ruiz, et al. Cuad Med Forense. 2011;17:13-20.