

CARTAS CIENTÍFICAS

Masa auricular izquierda móvil en una mujer mayor con sarcoma uterino previo: ¿debe extirparse?***Left atrial mobile mass in an elderly woman with a previous uterine sarcoma: Should it be removed?***

Sr. Director:

El rabdomiosarcoma pleomórfico del útero es un tumor muy raro¹. Solo se han descrito 27 casos de dicho sarcoma en la literatura y ninguno de ellos presentó metástasis cardiaca².

Presentamos el caso de una mujer de 72 años, hipertensa, que 2 años antes había tenido un episodio de ángor inestable tras ser ingresada por metrorragia recurrente y anemizante. El ecocardiograma fue normal. Se le practicó una angioplastia coronaria, y tras ello se le realizó una histerectomía abdominal diagnosticándose histopatológicamente un rabdomiosarcoma uterino pleomórfico, que infiltraba menos del 50% del miometrio, pero con una invasión vascular prominente. El TC abdominal no detectó metástasis. Fue tratada con braquiterapia más 45 Gy de radioterapia externa. Tras ello la paciente fue dada de alta y se mantuvo asintomática durante 2 años, hasta que ingresó por disnea progresiva y edemas de 3 semanas de evolución. El ecocardiograma transtorácico mostró solamente un ventrículo izquierdo no dilatado con pared engrosada y fracción de eyeción conservada, y una aurícula izquierda dilatada (44 mm de diámetro) con una imagen irregular en su interior sugestiva de trombo. El ecocardiograma transesofágico confirmó la existencia de una masa de 3,7 × 0,6 cm con una cola que flotaba libremente en la aurícula izquierda (fig. 1). El estudio

clínico y de imagen ulterior no reveló otras posibles metástasis. La paciente se mantenía en ritmo sinusal. Se planteó extirpar la masa auricular izquierda, y tras aceptación de la paciente la masa fue resecada totalmente mediante una atriotomía izquierda con una recuperación postoperatoria que fue satisfactoria. El diagnóstico histopatológico fue consistente con metástasis del tumor previamente diagnosticado como sarcoma endometrial pleomórfico con diferenciación rabdomioblastica.

Un mes después del alta tras su cirugía cardiaca, la paciente ingresó de nuevo por malestar general y desorientación temporoespacial. El TC craneal detectó una lesión parietal izquierda de 1,8 cm con ligera expansividad. El TC toracoabdominal reveló la existencia de una masa en el pulmón izquierdo y un nódulo subcutáneo en la pared torácica derecha. La punción con aguja fina de dicho nódulo obtuvo células con características de rabdomiosarcoma. La paciente falleció a los 11 días del ingreso. No se practicó necropsia.

Los tumores cardíacos primarios son extremadamente raros, pero las metástasis cardíacas no son tan infrecuentes. En una gran serie de 11.432 autopsias consecutivas se encontraron 2 neoplasias cardíacas primarias y 264 metastásicas³. En otra serie de 18.751 necropsias se encontró una o más neoplasias en 7.289 casos, detectándose metástasis cardíacas en el 9,1% de ellos. Dos tercios de todas las metástasis cardíacas afectaban al pericardio, un tercio infiltraban el epicardio o miocardio, y solo un 5% interesaban al endocardio⁴. Los sarcomas fueron origen infrecuente de metástasis cardíaca. En clínica rara vez se detectan sarcomas metastásicos en el corazón, habiéndose publicado sin embargo un caso de extirpación de un sinoviosarcoma auricular izquierdo que aparecía ser un mixoma⁵.

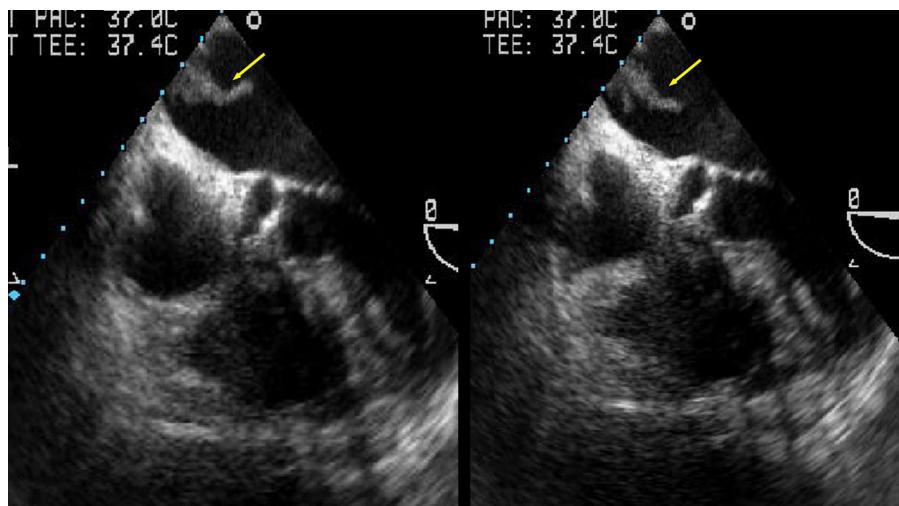


Figura 1. Ecocardiograma transesofágico: dentro de la aurícula izquierda se observa una masa con una cola móvil (indicada con la flecha) que cambia de posición en estos 2 momentos del ciclo cardiaco.

La ecocardiografía permite detectar las masas auriculares izquierdas de manera no invasiva. De un total de 46 lesiones auriculares izquierdas estudiadas por ecocardiografía transesofágica, 9 eran tumores y 37 eran trombos que se encontraban en la aurícula u orejuela izquierdas⁶. De un total de 74 pacientes con mixoma cardiaco, el 89% de los casos con mixoma auricular que tuvieron focalidad neurológica mostraron un componente móvil en el ecocardiograma transesofágico. Los autores de este trabajo concluían que es la movilidad y no el tamaño del mixoma, lo que parece relacionado con su potencial embolígeno⁷. En otro estudio sobre el potencial embolígeno de los tumores cardíacos, una menor carga tumoral y la existencia de masa auricular izquierda fueron 2 de los 3 principales factores de riesgo para la producción de embolias⁸.

Aunque el presente caso es excepcional, permite demostrar que los sarcomas pueden metastatizar el endocardio de la aurícula izquierda. La intervención, que podría haber sido curativa de haberse tratado de un trombo o de un mixoma, trataba de prevenir la aparición de un embolismo arterial y en este caso permitió también confirmar patológicamente la primera metástasis clínica de este rhabdomiosarcoma uterino pleomórfico tan infrecuente. Pese a la evolución de este caso concreto, creemos que toda masa pequeña y móvil que se localice en la aurícula izquierda debe ser extirpada quirúrgicamente para prevenir el embolismo arterial.

Bibliografía

- Borka K, Patai K, Rendek A, Sobel G, Paulin F. Pleomorphic rhabdomyosarcoma of the uterus in a postmenopausal patient. Pathol Oncol Res. 2006;12:102-4.
- Fadare O, Bonvicino A, Martel M, Renshaw IL, Azodi M, Parkash V. Pleomorphic rhabdomyosarcoma of the uterine corpus: a clinicopathologic study of 4 cases and a review of the literature. Int J Gynecol Pathol. 2010;29:122-34.
- Butany J, Leong SW, Carmichael K, Komeda M. A 30-year analysis of cardiac neoplasms at autopsy. Can J Cardiol. 2005;21:675-80.
- Bussani R, de-Giorgio F, Abbate A, Silvestri F. Cardiac metastases. J Clin Pathol. 2007;60:27-34.
- Kumar S, Chaudhry MA, Khan I, Duthie DJ, Lindsay S, Kaul P. Metastatic left atrial synovial sarcoma mimicking a myxoma. J Thorac Cardiovasc Surg. 2004;128:756-8.
- Reeder GS, Khandheria BK, Seward JB, Tajik AJ. Transesophageal echocardiography and cardiac masses. Mayo Clin Proc. 1991;66:1101-9.
- Lee VH, Connolly HM, Brown Jr RD. Central nervous system manifestations of cardiac myxoma. Arch Neurol. 2007;64:1115-20.
- Elbardissi AW, Dearani JA, Daly RC, Mullany CJ, Orszulak TA, Puga FJ, et al. Embolic potential of cardiac tumors and outcome after resection: a case-control study. Stroke. 2009;40:156-62.

Basilio J. Anía ^{a,b,*}, Juan-José Feijóo ^a, Agustín Rey ^a
y José-Ramón Ortega ^a

^a Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

^b Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

Bibliografía

- Borka K, Patai K, Rendek A, Sobel G, Paulin F. Pleomorphic rhabdomyosarcoma of the uterus in a postmenopausal patient. Pathol Oncol Res. 2006;12:102-4.

Esofaguestomía transhiatal laparoscópica en un octogenario con fracción de eyección deprimida posneoadyuvancia con trastuzumab

Laparoscopic transhiatal esophagectomy in an octogenarian with low ejection fraction due to neoadjuvant trastuzumab therapy

El abordaje terapéutico del cáncer de esófago es multidisciplinario. En los pacientes con edad superior a 75-80 años se aconseja una valoración individual en los centros experimentados, para poder decidir el procedimiento más adecuado¹⁻⁴. Actualmente, los cirujanos trabajan cada vez más en equipo con los geriatras de los hospitales debido al aumento significativo en la edad de los pacientes que son operados. La esofaguestomía es una técnica quirúrgica de riesgo, y los resultados en pacientes con edad superior a los 80 años son claramente inferiores a los de sujetos más jóvenes⁵. Se han diseñado modelos de valoración de riesgo preoperatorio para los pacientes con cáncer de esófago y las variables con más significación son: la edad, las comorbilidades, la neoadyuvancia y el poco volumen hospitalario de esta afección⁶ aunque algunos autores sostienen que la experiencia del cirujano es más importante que el número total de esofaguestomías realizadas⁷.

La cirugía mínimamente invasiva esofagogastrica ha tenido un desarrollo extraordinario en las últimas décadas. Los criterios de exclusión de pacientes para realizar la cirugía laparoscópica se están renovando constantemente a medida que se comprueban sus beneficios⁸. El tratamiento quirúrgico del cáncer de esófago distal sigue siendo controvertido. La toracotomía ofrece la posibilidad de realizar una linfadenectomía más completa. Sin embargo, el índice de complicaciones respiratorias y la repercusión de las dehiscencias son significativamente mayores que en la esofaguestomía transhiatal⁹, y por ello hay autores que indican esta última técnica en pacientes de edad avanzada².