

IMÁGENES Y VÍDEOS

Carcinoma de mama ductal invasivo con metástasis intracardiaca

Invasive ductal breast carcinoma with intra- cardiac metastases

José Claudio Maañón di Leo* y Alejandro Rohde Calleja

Área Integrada de Gestión de Obstetricia y Ginecología, Unidad Funcional de Patología Mamaria, Hospital Costa de Sol, Universidad de Málaga, Málaga, España

Recibido el 9 de noviembre de 2021; aceptado el 26 de noviembre de 2021
Disponibile en Internet el 3 de enero de 2022

Paciente de 47 años con diagnóstico de carcinoma de mama. Clínicamente cT2 cN1 cMx, ductal invasor luminal B. La punción con aguja fina de adenomegalia axilar fue positiva para células neoplásicas de adenocarcinoma; estando la paciente pendiente de iniciar neoadyuvancia.

Durante la realización de los estudios complementarios (tomografía computarizada de torax, abdomen pelvis y gammagrafía ósea) se produjo el hallazgo de una masa intracardiaca¹. La ecocardiografía mostró una dilatación biauricular, una función cardíaca conservada, cavidades no dilatadas, y la presencia de una masa intracardiaca con implante en la fosa oval que condicionaba una estenosis mitral severa asociada a una hipertensión pulmonar.

La gammagrafía demostró la presencia de metástasis óseas (visibles en el esternón).

Dada la repercusión hemodinámica, se realizó la exéresis de la masa intracardiaca con base de implantación en el tabique-techo de la aurícula izquierda. El resultado de estudio anatomopatológico concluyó que la masa era compatible con una metástasis de carcinoma de origen mamario.

La ecocardiografía es habitualmente el método de imagen utilizado con mayor frecuencia para el diagnóstico primario de alteraciones cardíacas^{2,3}, aunque el uso de otras modalidades de imagen utilizadas en la detección de la

metástasis (en este caso la tomografía computarizada utilizada como exploración de rastreo), permite la detección de hallazgos insospechados confirmados luego por medio de una resonancia magnética (fig. 1).

El pronóstico suele ser malo, y el tratamiento suele ser conservador. Aunque en los casos como el que presentamos se puede considerar un manejo quirúrgico para un mejor pronóstico de la paciente.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que han seguido los protocolos y guías de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Consentimiento del paciente

Se ha obtenido el consentimiento informado de la paciente para la toma de imágenes y posterior difusión de las mismas con fines científicos.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jcm@hcs.es (J.C. Maañón di Leo).

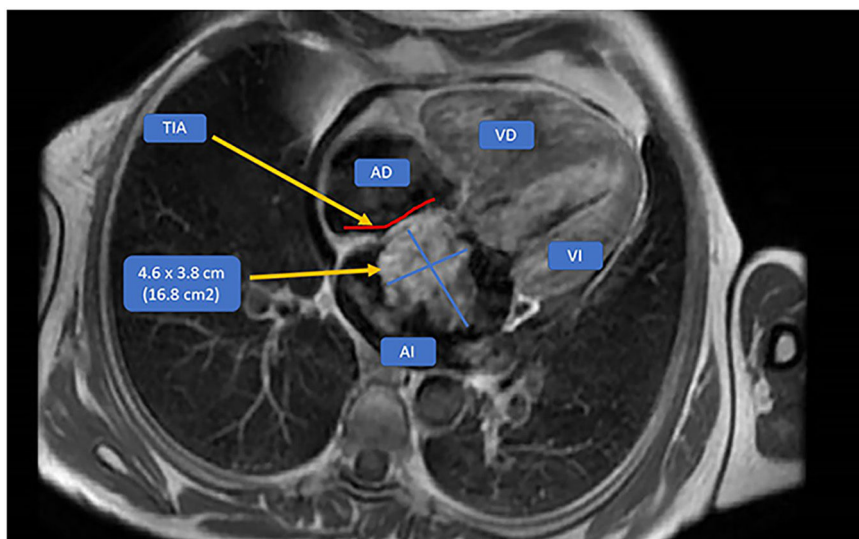


Figura 1 Resonancia magnética con contraste I.V. de corazón, en la cual se aprecia: TIA, AD, VD, AI y VI, con dimensión de la masa intraauricular de 16,8 cm². AD: aurícula derecha; AI: aurícula izquierda; TIA: tabique interauricular; VD: ventrículo derecho; VI: aurícula derecha.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Giacalone A, Suriani A, Monga G. Simulation of right atrial cardiac myxoma by silent hepatocellular carcinoma. *Pathol Res Pract.* 1996;192(12):1270–3 discussion 4.
2. Chae EY, Kim JE, Kim HH. Cardiac metastasis from breast cancer as an initial focus of recurrence. *Breast J.* 2015;21(4):433–5.
3. Abu Abeeleh M, Saleh S, Alhaddad E, et al. Cardiac myxoma: clinical characteristics, surgical intervention, intra-operative challenges and outcome. *Perfusion.* 2017;32(8):686–90.