



ATENEO CLINICO

**Hospital Dr. Cosme Argerich.
Servicio de Cardiología**

Rosana Valeria Arias

10/10/2012

PACIENTE: S.G. **SEXO:** Femenino **EDAD:** 51 años

Fecha de ingreso: 11/10/2007 **Fecha de egreso:** 02/11/2007

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

Dolor precordial, disnea, palpitaciones

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente concurre a consultorios externos de Cardiología por presentar múltiples episodios de dolor precordial opresivo con irradiación a cuello, de intensidad 7/10 en clase funcional variable y minutos de duración, asociados a disnea y palpitaciones de 4 meses de evolución. En forma ambulatoria se realiza Ecocardiograma, y posteriormente Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cardíaca, que evidencia masa cardíaca por lo que se solicita internación en Sala de Cardiología para diagnóstico etiológico y tratamiento.

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Múltiples consultas a guardia externa de Htal. Álvarez por igual sintomatología en donde es medicada con AINEs con mejoría parcial de los síntomas.

FACTORES DE RIESGO CORONARIOS:

- Dislipemia. Sin tratamiento.
- HTA diagnosticada hace un mes, en tratamiento con Losartán 50 mg/día.
- Tabaquista (15 paquetes/año).

ANTECEDENTES CARDIOVASCULARES:

No refiere.

OTROS ANTECEDENTES:

Cirugía de hernia lumbar en 2002.

Nefrectomía en 2005 por litiasis renal complicada con pielonefritis.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS PREVIOS A LA INTERNACIÓN

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO

DDVI	DSVI	FAc	SIV	PP	AI	AO
4.2 cm	1.4 cm	67 %	1.2 cm	0.7 cm	normal	normal

- Cavidades de dimensiones normales.
- Función sistólica global conservada, sin alteraciones segmentarias de la contracción.
- Válvulas morfológicamente normales.
- Derrame pericárdico de grado severo que rodea toda la silueta cardíaca dejando un espacio libre de ecos detrás de la pared posterior del ventrículo izquierdo de 14 mm. En el pericardio cercano al ápex del ventrículo derecho se observa una masa redondeada de 51 mm de diámetro, heterogénea con límites netos hacia la cavidad pericárdica, no pudiendo determinarse flujo en su interior.

RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR CARDÍACA 04/10/2007

- Derrame pericárdico severo con colapso parcial de aurícula derecha, que impresiona exudado.
- Masa sólida, ligeramente heterogénea que compromete ápex de ventrículo izquierdo y ventrículo derecho, septum apical e inferior, de 46 x 36 x 40 mm de diámetro anteroposterior, transverso y vertical.
- Impresiona en contacto con el músculo cardíaco y el pericardio visceral, sin tomar contacto con el pericardio parietal. Compatible con rhabdomyosarcoma, mesotelioma y metástasis, entre otros.
- Derrame pleural izquierdo leve.

EXAMEN FISICO AL INGRESO

TA: 110/70 mmHg

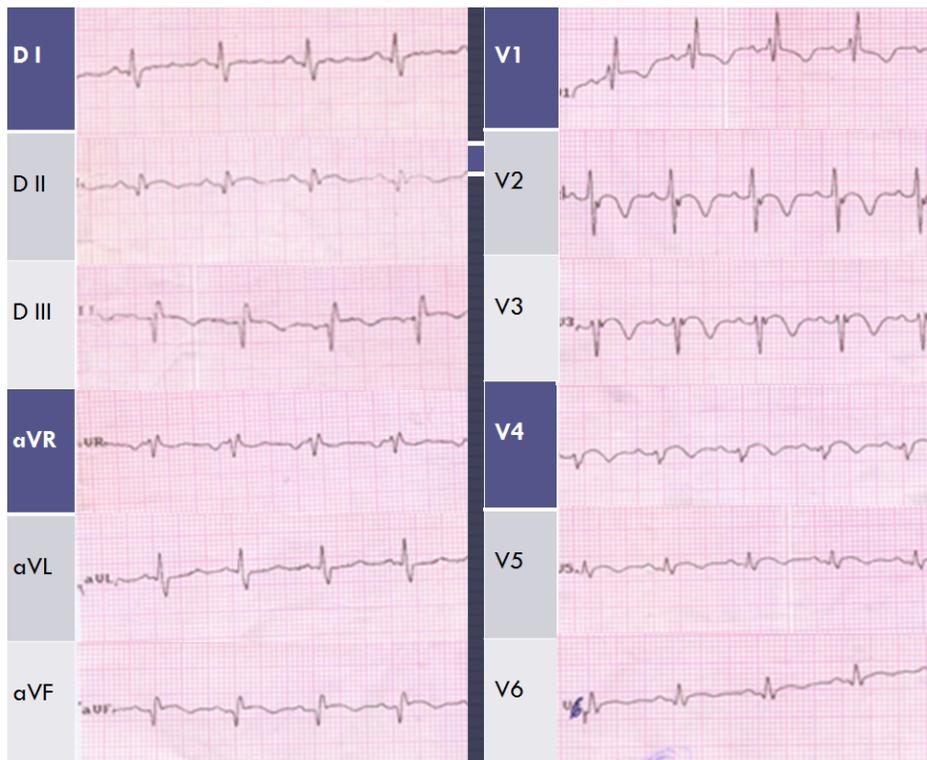
FC: 72 lpm

FR: 16 cpm

T: 36°C

- **Cardiovascular:** Adecuada perfusión periférica. Ingurgitación yugular 1/3 con colapso inspiratorio, RHY ausente. Choque de punta palpable en 5° EIC LMC. Pulsos periféricos presentes y simétricos. R1 R2 en 4 focos, normofonéticos, sin R3 ni R4. No se auscultan soplos.
- **Piel y TCS:** Sin lesiones. Edemas 1/6 infrapatelar.
- **Respiratorio:** Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.
- **Abdomen:** Cicatriz subcostal derecha de nefrectomía. Blando, depresible, indoloro. No se palpan visceromegalias ni tumoraciones. Sin ascitis. RHA presentes.
- **Neurológico:** Lúcido, sin signos de foco motor, sensitivo o meníngeo.

ELECTROCARDIOGRAMA



EVOLUCION 11/07 al 23/07/2007

- La paciente evoluciona estable hemodinámicamente, asintomática.
- Es evaluada por el Servicio de Oncología que solicita Tomografía de tórax, abdomen y pelvis, que no evidencia compromiso extra cardíaco.
- Se realiza Cinecoronariografía diagnóstica que no evidencia lesiones significativas.
- Se programa resección quirúrgica de la masa cardíaca con finalidad diagnóstica y terapéutica, la cual se realiza el 24/10.

PARTE QUIRÚRGICO

- Se realiza resección de tumor junto con el ápex de ventrículos derecho e izquierdo.
Tiempo de clampeado aórtico: 50 min. Tiempo de circulación extracorpórea: 55 min.
- Se realiza biopsia por congelación intraoperatoria que informa: formación mesenquimática.
- Se envían muestras a Anatomía Patológica:

Tumor mesenquimático maligno a tipificar por inmunohistoquímica.

Presencia de embolia vascular venosa e infiltración de músculo cardíaco.

Límites de resección transeccionan el tumor.

EVOLUCIÓN 24/10 AL 02/11/2007

- La paciente ingresa a UTI en POP inmediato, ventilando espontáneamente, hemodinámicamente estable y sin requerimiento de inotrópicos.
- Intercurre con sangrado de sitio quirúrgico sin descompensación hemodinámica, con requerimiento de transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos.
- Continua evolución en UCO en forma favorable, por lo que el 29/10 pasa a Sala de Cardiología, otorgándose alta hospitalaria el día 02/11/2007.
- **Tratamiento al alta:** Losartán 50 mg/día.
- Continúa seguimiento ambulatorio por consultorios externos de Oncología y Cardiología.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 26/07/2007

- Ventana dificultosa por postoperatorio y dificultades de movilización.

- Desde vista apical se observa zona aquinética en el ápex de ambos ventrículos que corresponde al parche quirúrgico.
- Movilidad normal en región media y basal de ambos ventrículos.
- Ventrículo izquierdo con patrón de relajación prolongada

LABORATORIO

	11/10	18/10	23/10	24/10	25/10	26/10	1/11
Hto	34,9%	36,6%	37%	31,5%	24.5%	27%	28,9%
GB	8.900	6.690	8.300	14.670	16.400	15.800	14460
PlaQ	449.000	551.000	442.000	335.000	350.000	229.000	360.000
Glu	86	68	107	75	133	96	74
Urea	40	67	69	48	77	42	44
Crea	1,11	1,27	1,39	1,27	1,15	0.87	1.01
TP	109%	117%	71%	109%	88%	95%	106%
KPTT	24''	36''	31''	37''	34''	35'	36''
RIN	0.95	1.3	1.02	1	1.1	1.07	1.0
BT/BD			0.23/0.11	0.30/0.2	0.29/0.14	0.27/0.11	0.44/0.08
TGO/TGP			49/112	182/85	20/29	130/73	46/101
Albúmina			3.9	3,9	4.1	4,2	4.4
Colesterol					149	134	129
Na /K /Cl	142/3,9/ 110	146/4/ 113	135/3.1/ 100	141/4.8/ 104	136/3.2/ 77	140/4.0/ 106	136/4.7/ 100

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

- Se recibe resultado de inmunohistoquímica con diagnóstico de SARCOMA SINOVIAL CARDÍACO monofásico fusocelular con infiltración de músculo cardíaco y pericardio (Vimentina +, EMA +, CD 99+).
- Comienza tratamiento con Ifosfamida y Dacarbacina completando 4 ciclos de quimioterapia en Mayo de 2008, realizando posteriormente radioterapia.
- Se realiza controles intratratamiento con Tomografía Computada el 06/12/2007 que se informa como normal y SPECT el 06/12/07 que informa aumento de concentración en regiones con cambios inflamatorios postquirúrgicos, sin imágenes compatibles con secundarismo.
- Realiza controles clínicos cada 3 meses, así como controles tomográficos, sin signos aparentes de recidiva.

- En TAC de control de Junio de 2011 se detecta masa a nivel de ovario por lo que se realiza anexohisterectomía total y quimioterapia con paclitaxel y CBDCA con diagnóstico de epiteloma ovárico.
- En Abril de 2012 la paciente refiere comenzar nuevamente con disnea. Se solicitan Tomografía Computada y nuevo Ecocardiograma.

INFORME DE TAC 13/04/2012

- Imagen heterogénea a nivel cardíaco de aproximadamente 98 mm x 86 mm que compromete ventrículo y aurícula derecha y septum interventricular.
- A nivel de trama pulmonar, múltiples imágenes nodulares de diferentes tamaños compatibles con secundarismos.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 17/04/2012

DDVI	DSVI	FAc	SIV	PP	AI	AO
4.9 cm	3.4 cm	31 %	1.2 cm	1.1 cm	3.9 cm	3.1 cm

- Ventrículo izquierdo no dilatado con infiltración del septum, marcadamente engrosado e hipoquinético. A nivel de septum posterior se evidencia masa esférica de 8 x 8 cm de diámetro.
- Función sistólica global con deterioro moderado a expensas del compromiso septal.
- La pared libre del ventrículo derecho se encuentra infiltrada con severo aumento del espesor generando reducción de la cavidad, sin obstrucción al llenado diastólico. La pared anterior de la aurícula derecha se encuentra infiltrada, visualizándose en la cavidad una masa móvil de 18 x 12 mm.
- Leve reflujo mitral y tricuspídeo.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

- Se realiza ateneo de decisión para evaluar conducta diagnóstica y terapéutica.
- Se discute:
 - imposibilidad de realizar biopsia pulmonar guiada por TAC;
 - el riesgo de embolia que implicaría una biopsia endomiocárdica;

- la dificultad de realizarla con mini toracotomía debido al mal lecho quirúrgico por antecedente de cirugía previa y radioterapia.
- Se interpreta el cuadro como recidiva de Sarcoma Sinovial cardíaco con metástasis asociadas.
- Se decide iniciar tratamiento empírico quimioterapia con doxorubicina liposomal (Abril 2012).
- Luego de realizar el tercer ciclo de quimioterapia, la Tomografía control evidencia disminución del tamaño de la masa presente en ventrículo izquierdo y disminución del tamaño de nódulos pulmonares. Se indican dos ciclos más de doxorubicina liposomal.

ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO 05/06/12

- Masa de VD presente en estudio previo ha regresionado, ampliándose el tracto de entrada del VD.
- Pared anterior de AD se encuentra infiltrada con protrusión intracavitaria de 23 x 12 mm adyacente al septum interauricular, similar al eco previo.
- VI no dilatado con infiltración en regresión del septum que se encuentra engrosado e hipoquinético (18 mm), en septum posterior masa de 5 x 6 mm, de menor tamaño con respecto a eco previo.
- Función sistólica con deterioro moderado.

TOMOGRFÍA COMPUTADA 06/07/12

- Persiste formación a nivel cardíaco que compromete las paredes del VI, AD y septum. Ha disminuido de tamaño con respecto al examen anterior midiendo 84 x 74 mm aproximadamente.
- Sin derrame pleural ni pericárdico.
- Aisladas formaciones nodulares pulmonares, disminuidas en número y tamaño con respecto a estudio previo.
- Abdomen y pelvis sin particularidades.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Actualmente la paciente permanece asintomática, con buena tolerancia al tratamiento y buena clase funcional.