

Taponamiento cardíaco en pacientes con neoplasia primaria conocida

■
ALEJANDRO ESCOBAR¹, RAFAEL BELTRÁN², RICARDO BUITRAGO³.

RESUMEN

Los pacientes con neoplasias están en riesgo de presentar compromiso cardíaco por derrames pericárdicos secundarios a metástasis. Aunque en la literatura se ha reportado hasta un 6 % de los pacientes con neoplasias pueden tener esta complicación, no existe en nuestro medio estudios que muestren la magnitud de este problema.

Con tal objeto se realizó un estudio retrospectivo de 12 casos de taponamiento cardíaco atendidos en nuestra institución durante el período comprendido entre Enero a Junio de 1999. Se evaluó el motivo de consulta, los métodos diagnósticos, el tratamiento recibido y el pronóstico. Nuestros resultados difieren a los obtenidos por otros autores a la fecha.

PALABRAS CLAVE:

Taponamiento cardíaco

Neoplasia

Derrame pericárdico

¹ Residente de Cirugía Cardiovascular y Tórax. Instituto Ciencias de la Salud. CES

² Cirujano de Tórax. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. Colombia

³ Jefe del Departamento de Cirugía de Tórax. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. Colombia. aescobar@intic.net

ABSTRACT

Patients with malignancies are at increased risk of presenting pericardial effusion and tamponade due to metastasis. Medical literature reports show an incidence of pericardial involvement in up to 6% of patients with malignancies. There are no report data from local studies showing the frequency of pericardial involvement in such patients. A retrospective study was performed, collecting data from patients between January and June 1999, with the purpose of analyzing the number of cases, chief complaints, diagnostic work-up, treatment methods and prognosis of these patients. A total of 12 patients were included. Our results differ from the ones previously reported by other authors, up to this date.

KEY WORDS:

Cardiac tamponade

Malignancy

Pericardial effusion

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con neoplasias están en riesgo de tener metástasis a pericardio que les produzcan derrames y pericarditis constrictivas que puedan comprometer su función cardíaca. Aunque hasta un 6 % de los pacientes con neoplasias pueden tener compromiso pericárdico por el tumor, solo a un 40 % de ellos se les puede hacer el diagnóstico histológico de la metástasis, y el resto serán catalogados como pericarditis por radiación, viral o idiopática^{1,2}.

Las neoplasias que frecuentemente comprometen el pericardio son las de pulmón, seno, leucemia, y los linfomas Hodgkin y no Hodgkin.

Dentro de las neoplasias primarias que comprometen el pericardio están el angiosarcoma, mesotelioma y hemangioma, que en su mayoría comprometen solo el pericardio. Cuando hay compromiso miocárdico los principales tumores asociados son el melanoma y la leucemia³.

El síntoma más frecuente de estos pacientes es la disnea^{1,4}. En la mayoría de los casos el diagnóstico es hecho cuando se presenta compresión cardíaca o taponamiento, que produce compromiso hemodinámico.

La mayoría de los pacientes con enfermedad maligna ya tienen el diagnóstico cuando desarrollan la complicación. El compromiso hemodinámico puede ser evaluado por ecocardiografía, y actualmente también se utilizan la tomografía computarizada y la resonancia magnética para una mejor evaluación del contenido del saco pericárdico, loculaciones y otras neoplasias⁵.

Diversos autores ha reportado la sensibilidad de la citología entre el 67 % y el 90 %, donde los falsos negativos pueden ser por la dilución de las células tumorales, opacificación de la muestra por sangre, y por inexperiencia del patólogo. Cuando el reporte de la citología es negativa puede ser requerida la biopsia pericárdica abierta, la que puede ser positiva en el 90 % de los casos^{1,6,7}.

La sobrevivida de los pacientes ante la presencia de estos derrames es del 25 % a un año cuando el derrame es maligno, y del 90 % cuando el derrame es benigno^{2,8,9}.

Es mejor el pronóstico cuando el derrame es producido por un cáncer de seno, que por el de pulmón u otros carcinomas^{8,10}.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de los casos con diagnóstico de malignidad que requirieron algún tipo de intervención por taponamiento cardíaco durante el período comprendido entre Enero a Junio de 1999.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 12 pacientes, el 58.3% fueron de sexo masculino. El promedio de edad fue de 41 años, en un rango de 13 a 74 años.

En el 70% de los casos el motivo de consulta fue el aumento de la astenia y adinamia, acompañado de disnea y ortopnea. La totalidad de los pacientes tenían diagnóstico de taponamiento cardíaco por ecocardiografía.

El manejo con ventana pericárdica subxifoidea, con colocación de dren mediastinal hasta tres días después de que se encontrara inactivo se realizó en el 70% de los pacientes, siendo el promedio de días con tubo en mediastino de 6.25 días.

El carcinoma primario mas frecuentemente encontrado fue el de seno (25%), seguido por el carcinoma de cervix, el linfoma y el melanoma con un 16.6% cada uno. (Tabla 1)

Al paciente con diagnóstico de carcinoma de células claras con primario desconocido, se le reportó una citología positiva para adenocarcinoma mucosecretor.

Sólo una biopsia fue positiva para metástasis de melanoma en un paciente de 13 años con diag-

Tabla 1. Distribución de los casos según tipo de neoplasia

Tipo de cáncer	Número	Porcentaje
Seno	3	25.0
Cervix	2	16.6
Linfoma	2	16.3
Melanoma	2	16.8
Células claras *	1	8.3
Ovario	1	8.3
Pulmón	1	8.3
Total	12	100.0

* con tumor primario desconocido

nóstico de melanoma maligno en el pie derecho, las demás biopsias fueron reportadas como inflamación crónica o simplemente negativas para malignidad.

El promedio de días estancia hospitalaria fue de 18.5 días.

De los 12 pacientes de la serie fallecieron nueve (75%) durante los tres meses posteriores al procedimiento -dos de ellos por insuficiencia respiratoria aguda en la internación-, siendo el promedio de sobrevivida de apenas 30 días.

DISCUSIÓN

Aunque las neoplasias primarias reportadas en la literatura como causa mas frecuente de taponamiento cardíaco, concuerdan con las neoplasias encontradas en estos 12 pacientes.

No se mostró relación de los resultados de las citologías, ni las biopsias con los resultados reportados por otros autores, los cuales muestran una comprobación histológica de la metástasis en 40 % de los casos.

En nuestro reporte solo en dos casos se tuvo diagnóstico histológico, uno por biopsia pericárdica y otro por citología de líquido pericárdico. No consideramos la inexperiencia del patólogo como factor de error por ser este un centro de referencia nacional para neoplasias de todo tipo, y la gran experiencia del servicio de patología.

Además, el pronóstico de los pacientes fue muy diferente al de otros trabajos donde reportan un riesgo de muerte del 25% a un año, mientras en estos pacientes fue alcanzó el 75%.

A pesar del escaso número de casos, este estudio se debe tener en cuenta para iniciar futuros trabajos que describan el compromiso cardíaco de los pacientes con neoplasias, con el objeto de tener más información que conduzca a una aproximación mas temprana al diagnóstico y al tratamiento.

CONCLUSIÓN

En nuestro medio la falta de relación histológica puede deberse a la dilución de las muestras celulares en líquidos pericárdicos hemorrágicos.

La sobrevivida de estos pacientes fue menor a la presentada en otras series reportadas en la literatura, este hallazgo puede deberse a que los diagnósticos sean retardados, y por lo tanto puede haber un compromiso neoplásico sistémico avanzado, lo que empeora significativamente el pronóstico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krikorian JM, Hancock EW. Pericardiocentesis. Am J Med. 1978; 65:808.
2. Posner MR, Cohen GI, Skarin AT. Enfermedad pericárdica en pacientes con cáncer. Am J Med 1981; 71:407.
3. Mukai K, Shinkai T, Tominaga K, Shimosato Y. La incidencia de tumores secundarios del corazón y el pericardio: Un estudio a 10 años. Jpn. J. Clin. Oncol.1988;18:195.
4. Theologides A. Taponamiento cardíaco neoplásico. Semin Oncol. 1978, 5:181.
5. Braunwald, Pericarditis, En Heart Disease a textbook of cardiovascular Medicine. 6th ed. Ch 50. Philadelphia. Ed. Saunders Company. 2000. pp 1823-76
6. King DT, Nieberg RK. El uso de la citología para evaluar el derrame pericárdico. Ann Clin Lab Sci.1979, 9:18.
7. Wilkies JD, Fidias P, Vaickus L, Perez RP. Derrame pericárdico maligno. 127 casos del Roswell Park Cancer Institute. Cancer 1995;76:1377.
8. Piehrl, JM, Pluth JR, Shaff, H.V. Manejo quirúrgico del derrame pericárdico. J. Tjporac. Cardiovasc. Surg.1986; 90:506.
9. Tsang TS, Seward JB, Barnes ME. Manejo primario y secundario del deRrame pericárdico en pacientes con malignidad. Mayo Clin Pro 2000.
10. Allen KB, Faber LP, Warren WH, Shaar CJ. Derrame pericárdico. Pericardiostomia vs drenaje percutaneo con cateter. Ann Thorac Surg 1999;67:437

