

## TEMAS DE ACTUALIDAD

### CANCER DE CORAZON \*

por el doctor

JUAN CARLOS ETCHEVES \*\*

#### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico precoz de un cáncer es problema fundamental, porque de él depende el porvenir del enfermo. Esto que es una verdad tratándose de un neoplasma de estómago, colon, útero, mama y otras vísceras no reza para el corazón, porque todos los cánceres de este órgano son inoperables. Por dicha razón hablaré del tumor maligno del corazón y no del diagnóstico precoz.

Dichos tumores pueden ser primitivos o secundarios. Cualquiera sea su variedad tienen una trascendencia práctica enorme porque encierran un pronóstico fatal terminante, eliminando toda posibilidad quirúrgica que se hubiese proyectado contra el blastoma primario. Por esta razón tan grave no sólo debemos recordar que existe el cáncer de corazón sino también conocer cuáles son los elementos de juicio fundamentales para sospechar o afirmar ese diagnóstico.

*Frecuencia.* — El tumor maligno primitivo de corazón es excepcional.

La Mayo Clinic<sup>2</sup> da un porcentaje del 0,04%, es decir, 1 por cada 2.500 necropsias.

La American Medical Association<sup>2</sup> en una estadística numerosa, 480.331 autopsias, realizadas entre 1938 a 1942, da una cifra mucho más baja: 0,0017%, lo que equivale aproximadamente a 1 por 55.000. Dichos guarismos evidencian que el cáncer primitivo es una rareza excepcional.

Bianchi y Rapaport<sup>1</sup> han reunido 33 observaciones, dentro de la literatura mundial, de cáncer primitivo de corazón. Su distribución por edad es la siguiente:

\* Trabajo presentado en las Jornadas Internas del Policlínico Salaberry.

\*\* Jefe de cardiología del Policlínico Salaberry.

10 a 20 años, 2 casos; 21 a 30, 3; 31 a 40, 6; 41 a 50, 10; 51 a 60, 5; 61 a 70, 5 y 71 a 80, 2.

El estudio más importante es realizado por Iván Mahaim<sup>7</sup>, quien publica su hermoso libro "Pólipos y tumores del corazón" en 1946. Dicho autor informa que en esa fecha había dentro de la literatura mundial 86 casos publicados de cáncer primitivo. Todos son sarcomas del miocardio, en su mayoría auriculares derechos.

Por lo que se refiere al tumor secundario el problema es diferente, pues la frecuencia aumenta en grado importantísimo.

Strouse<sup>2</sup>, sobre 40.000 autopsias, lo encuentra en el 0,50% de ellas. Chamber<sup>2</sup>, sobre 2.161 da el 0,33%. El Instituto Roth (Berlín)<sup>2</sup> sobre 6.650 acusa un índice de 0,23%. En cambio Castillo, Inclán y Salas<sup>2</sup> dan porcentajes más elevados. En efecto, ellos encuentran 40 casos sobre 2.010 necropsias, lo que equivale a un porcentaje del 2%.

Cuando el estudio estadístico se hace sobre necropsias de neoplásicos y no sobre autopsias en general, se encuentra que el porcentaje de metástasis cardíacas se eleva considerablemente. En efecto, Castillo, Inclán y Salas encuentran que sobre 300 autopsias de cancerosos el 10% tenían metástasis cardíacas. Es ésta una cifra realmente elevada cuya trascendencia práctica no necesita ser comentada.

*Anatomía patológica.* — Como ya hemos dicho, los tumores malignos pueden ser primitivos o secundarios. Los primeros son siempre sarcomas que tienen una predilección llamativa por las aurículas y en especial por la derecha. En efecto, de 86 casos publicados mundialmente hasta 1946, eran auriculares 61 y de éstos 42 asentaban en aurícula derecha. Macroscópicamente son vegetantes o infiltrantes. Los primeros en forma de coliflor pueden ser sesiles o pediculados. Estos últimos se asemejan a los pólipos, que en la enorme mayoría son tumores benignos.

Frecuentemente está comprometido el pericardio, en el que se encuentra un derrame hemorrágico.

Produce metástasis especialmente en ambos pulmones y la pleuresía hemorrágica es una consecuencia frecuente. Histológicamente predomina el sarcoma fuso-celular. Por lo que se refiere al cáncer metastásico puede ser un carcinoma, sarcoma o melanoma.

El tumor primitivo puede encontrarse en cualquier sitio del organismo, pero en la enorme mayoría de los casos se trata de

una neoplasia de pulmón y especialmente un adeno-carcinoma de bronquio.

La invasión del corazón se hace por contigüidad, por vía sanguínea o por vía linfática. La primera circunstancia se observa especialmente en el cáncer de pulmón. Los tumores primitivos alejados del corazón, como son los localizados en hígado, órganos genitales, mamas, etc., hacen las metástasis por vía sanguínea.

Mahaim puntualiza que las células neoplásicas tocan al corazón en 3 oportunidades distintas. La primera a la aurícula derecha, cuando llegan con el torrente sanguíneo de las venas cavas. La segunda a la aurícula izquierda, llevadas por las venas pulmonares y la tercera, a través de la circulación coronaria pueden localizarse en cualquier sitio del miocardio, auricular o ventricular. Estos hechos explican la mayor frecuencia de las neoplasias de aurícula derecha.

Se muestran 5 piezas, anatómicamente hermosas. La primera es de un sarcoma primitivo de pericardio, el que aparece muy engrosado, teniendo un espesor de más de 2 cms. Se asemeja al tocino y rodea íntegramente al miocardio, al que comprime como la pericarditis crónica constrictiva. Esta se una pieza excepcional pues ya dijimos que se encuentra por cada 55.000 necros. El segundo es una melanoma infiltrativo del miocardio ventricular, metastásico de un tumor de retina. El tercero es un cáncer de pulmón, con grandes metástasis ganglionares y compresión de la vena cava superior. Siguiendo el trayecto de este vaso el tumor aparece en la aurícula derecha donde forma un voluminoso pólipo. El cuarto es una metástasis del miocardio ventricular, del tamaño de una aceituna. El primitivo es un adenocarcinoma gástrico. Finalmente el quinto es un pólipo, como una nuez, colocado dentro de la aurícula izquierda y que obstruye parcialmente la mitral. Se trata también de un carcinoma.

*Cuadros clínicos y diagnóstico.* — El cáncer de corazón puede existir en forma silenciosa, asintomática o exteriorizarse por cuadros clínicos diversos de los que los más interesantes son los siguientes 3, 4, 5, 6, 7, 8:

- 1º Síndrome de taponamiento sub-agudo del corazón.
- 2º Pseudo-válvulopatías.
- 3º Síndromes de insuficiencia cardíaca.
- 4º Arritmias.

5° Modificaciones radiológicas de la silueta cardiovascular.

6° Derrame pericárdico.

*Taponamiento sub-agudo del corazón.* — Este síndrome se produce cuando un tumor sólido del pericardio o un derrame importante de éste comprime el miocardio dificultando la diástole.

Se caracteriza por la siguiente trilogía: hipertensión venosa, hipotensión arterial e insuficiencia cardíaca.

La hipertensión venosa es una consecuencia de la compresión de ambas venas cavas y en especial de la cava superior. Se exterioriza por la ingurgitación de las yugulares, edema del tórax en su mitad superior (del tipo llamado en esclavina) y circulación torácica colateral.

La hipotensión arterial resulta de la disminución del volumen sistólico, que es a su vez consecuencia directa de la reducción de la expansión diastólica originada por el tumor o el derrame pericárdico.

Finalmente la hipertensión venosa y la hipotensión arterial mantenidas rompen el equilibrio circulatorio, apareciendo fenómenos de insuficiencia cardíaca. En presencia de este cuadro debemos pensar en la posibilidad de un derrame pericárdico. Practicada la punción se puede obtener una cantidad importante de exudado, lo que trae habitualmente una mejoría ostensible del enfermo. El exudado puede ser sero-fibrinoso o hemorrágico, siendo éste último más frecuente.

A veces, creyendo estar en presencia de un derrame pericárdico la punción resulta negativa. En efecto, son pacientes en los que se percute un área cardíaca agrandada (ratificada por la radiología) con choque de la punta por dentro y arriba del límite inferior y externo de la matidez, con disnea y éxtasis yugular. Con estos elementos de juicio se piensa razonablemente en derrame pericárdico. Por eso llama la atención cuando la punción repetida resulta negativa. En los casos que tal hecho se ha observado resultaron ser tumores sólidos del pericardio con rechazo del corazón a la derecha.

En un paciente con una neoplasia conocida, ubicada en cualquier órgano, la aparición de un síndrome de taponamiento cardíaco debe plantear el diagnóstico de metástasis cardíaca. La comprobación de un derrame pericárdico, habitualmente hemorrágico, acrecienta las posibilidades de ese diagnóstico. Si la inocula-



ción al cobayo resulta negativa, eliminando tuberculosis, que es la etiología más frecuente, aquellas posibilidades diagnósticas aumentan evidentemente y ello se transforma en certeza si en el exudado se encuentra células neoplásicas.

*Pseudo-valvulopatías.* — En algunas ocasiones la metástasis cardíaca se localiza en alguna de ambas aurículas y puede tener un aspecto poliposo.

Esta característica pertenece especialmente a los tumores benignos, pero no es exclusiva de ellos. El pólipo puede llegar a las proximidades de la mitral o de la tricúspide, dando signos de lesión valvular. Se ha observado algún caso, por cierto excepcional, en el que los signos de estrechez mitral desaparecían con el cambio de decúbito. Ello se explicaba por el desplazamiento de un tumor pediculado, en las distintas posiciones del enfermo. Es éste un cuadro clínico muy importante para hacer el diagnóstico de tumor poliposo intracardiaco, pero se trata de observaciones absolutamente excepcionales.

*Insuficiencia cardíaca.* — Los tumores malignos, primitivos o secundarios, pueden ocasionar insuficiencia cardíaca. Esta se caracteriza por ser de grado importante, congestiva, progresiva e irreducible. El tratamiento clásico de la insuficiencia cardíaca es ineficaz.

En ausencia de neoplasia conocida es muy difícil hacer el diagnóstico de cáncer de corazón por un cuadro de insuficiencia cardíaca cuya etiología no se presenta con claridad. No sucede así cuando sabemos que el paciente tiene un cáncer de pulmón, estómago, mama, etc. y aparecen en él, en forma inesperada por cierto, fenómenos de insuficiencia miocárdica. En estas condiciones surge la posibilidad de metástasis cardíacas y esa sospecha se afirma si las etiologías habituales están ausentes y aún más si la radiología muestra una silueta cardíaca atípica, o sombras próximas al corazón, con características que hagan pensar en neoplasias. La aparición de fenómenos de insuficiencia cardíaca en un neoplásico, en ausencia de etiologías habituales debe hacer sospechar la posibilidad de metástasis cardíaca y por consiguiente es contraindicación formal de toda intervención que se proyectase contra la neoplasia primitiva.

*Arritmias.* — Se producen como consecuencia de la invasión, especialmente de la aurícula derecha, por la neoplasia. Las más frecuentes son la fibrilación auricular, el aleteo auricular y el ritmo nodal pasivo. Las dos primeras se deben a la propagación de la

neoplasia a las aurículas y el ritmo nodal a la destrucción del sinus por la infiltración cancerosa.

Cualquiera de los tres tipos de arritmia que se presente en un neoplásico conocido debe hacer sospechar, vehementemente, la posibilidad de metástasis cardíacas.

*Modificaciones radiológicas de la silueta cardiovascular.* — Las enfermedades clásicas y habituales del corazón dan generalmente modificaciones de la silueta radiológica cuyas características son bien conocidas. En algunas ocasiones la atipia de la silueta cardíaca y en especial la irregularidad de sus contornos llama poderosamente la atención y ello acrecienta su valor si el paciente tiene una neoplasia conocida. El aumento rápido de las sombras y la aparición de otros elementos de juicio como ser arritmias, insuficiencia cardíaca o taponamiento sub-agudo de corazón hacen que el diagnóstico de metástasis cardíaca tome muchos visos de realidad.

*Derrames pericárdicos.* — Hemos dicho que el cáncer primitivo o secundario produce con frecuencia un derrame pericárdico, que es habitualmente hemorrágico. La aparición de este cuadro clínico acompañando a un cáncer de pulmón u otra víscera es un elemento de juicio muy importante en favor de la invasión neoplásica del pericardio o metástasis cardíaca. Pueden encontrarse en el exudado células neoplásicas, pero ello es excepcional y exige muy buen técnico y búsquedas repetidas.

Como principales conclusiones de esta exposición anotamos las siguientes:

- 1º El cáncer primitivo de corazón es de muy difícil diagnóstico, aún pensando en él. Nos tranquiliza el recordar que es una rareza extraordinaria (1 por cada 55.000 necropsias).
- 2º Hay que pensar más en el cáncer cardíaco secundario, ya que las autopsias revelan que se encuentra en el 10% de los cancerosos en general.

Los cuadros clínicos enunciados, solos o combinados, en presencia de un tumor maligno conocido y en ausencia de otras etiologías, permiten sospechar o afirmar clínicamente la metástasis cardíaca.

- 3º Este es un diagnóstico de trascendencia muy grande, porque elimina toda posibilidad de extirpación del blastoma primitivo.

## CÁNCER DE CORAZÓN

### BIBLIOGRAFIA

1. *Bianchi y Rapaport.* — Sarcoma de la orejuela derecha. "Rev. As. Méd. Arg.". 69-1914. Dic. de 1945.
2. *Castillo, Inclán y Salas* — Congreso nacional de cancerología. Cuba, 1945. Páginas 301 a 307. Año 1947.
3. *Cossio y Berconsky.* — "Revista Argentina de Cardiología, 1938-5-172.
4. *Dower, Friedlander and Wiles.* — Bronchial carcinoma with infiltration of left auricle of heart. "British J. Tuberc.", 36-169. Octubre 1942.
5. *Halley, G.* — Cáncer primario del pulmón con carcinosis torácica y metástasis cardíaca. "Archivo cubano de cancerología", 3-27. Enero 1944.
6. *Levy, T.* — Mechanical right heart failure from extension of undiagnosed bronchiogenic carcinoma. "South M. J.", 40-892. Nov. 1947.
7. *Mahaim Ivan.* — Le tumeur et les polypes du coeur, Masson et Cie., Paris, 1945.
8. *Somolinos D'Ardois.* — Contribución al estudio de los tumores desarrollados en el corazón. "Arch. Latino-americano de card. y hemat.", 1940-10-I.