ANALES DE MEDICINA INTERNA

Fundada en 1983
Prof. J. de Portugal y Prof. M. Díaz Rubio

Cartas al Director

Metástasis pleuropericárdica de adenocarcinoma de endometrio

Sr. Director:

El derrame pericárdico presenta como etiologías más frecuentes la idiopática, urémica o neoplásica. Dentro de esta última la mayor incidencia se asocia a tumores de pulmón y mama seguido en frecuencia por las neoplasias hematológicas linfomas y leucemias (1). Las metástasis cardíacas de tumores ginecológicos son extremadamente excepcionales. Presentamos el caso de una paciente que consultó por disnea.

Se trataba de una mujer de 60 años de edad que consulta por disnea y ortopnea de una semana de evolución. También se quejaba de tos seca. En ningún momento había notado dolor torácico o fiebre.

Entre los antecedentes personales destaca la ausencia de cardiopatía conocida; histerectomía más doble anexectomía seguida de radioterapia por adenocarcinoma de endometrio estadio IIIA (en otro centro hospitalario, un año antes del ingreso). Desde entonces y hasta una semana antes del ingreso que nos ocupa había permanecido asintomática.

A la explotación física destacaba una paciente taquipneica, con tensión arterial 90/50 mmHg, con presión venosa yugular elevada; auscultación cardíaca rítmica con tonos apagados y taquicárdica; auscultación pulmonar con hipoventilación generalizada más marcada en ambas bases y con semiología de derrame pleural; abdomen sin hallazgos relevantes y miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa.

Pruebas complementarias: gasometría arterial basal pH 7,35; pO₂ 60; pCO₂ 30. Rx de tórax con aumento del índice cardiotorácico y derrame pleural bilateral. ECG a ritmo sinusal a 110 latidos por minuto y sin otras alteraciones significativas. Ecocardiograma que confirmó la existencia de derrame pericárdico.

Se realizó pericardiocentesis terapéutica y diagnóstica obteniéndose 1.000 cc de líquido pericárdico serohemático cuya citología fue positiva para adenocarcinoma. Posteriormente se hizo tratamiento hormonal paliativo con progestágenos y radioterapia a nivel pericárdico.

La afectación cardio-pericárdica en las neoplasias es por contiguidad, vía hematogénica o linfática. Actualmente se acepta que el mecanismo fundamental en la patogenia del derrame pericárdico es el bloqueo de los ganglios linfáticos de corazón y pericardio con diseminación retrógrada a partir de los ganglios mediastíni-

cos. Esto explica que el diagnóstico se base en la citología del líquido pericárdico. Es infrecuente que un derrame pericárdico sea la primera manifestación de una neoplasia.

En todas las series que revisan la etiología de los derrames pericárdicos neoplásicos, las frecuencias más elevadas se asocian a tumores de pulmón o mama (2). Hay muy pocos casos en la literatura de derrames secundarios a neoplasias ginecológicas (3-5). La sensibilidad de la ecocardiografía con fines diagnósticos es del 100%. El rendimiento diagnóstico de la biopsia pericárdica es tan sólo del 50% frente a un 90-95% de la citología del líquido pericárdico.

El tratamiento de los derrames pericárdicos neoplásicos es controvertido debido a lo reducido en general de las series (6). En general, se recomienda pericardiocentesis como primera línea de actuación diagnóstica y terapéutica. La actitud posterior dependerá de cada caso, viniendo determinada por la situación general del enfermo, posibilidades terapéuticas de la neoplasia en cuestión y experiencia del equipo médico-quirúrgico del centro.

Estas posibilidades incluyen el tratamiento con quimioterapia en tumores quimiosensibles, la radioterapia local para evitar recidivas, y el tratamiento quirúrgico con pericardiocentesis y talcaje, pericardiotomía subxifoidea.

El pronóstico del enfermo dependerá de las posibilidades terapéuticas de la neoplasia de base (7).

E. García Vázquez, J. A. Abad

Servicio de Medicina Interna. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

1. Muir KW, et al. Cardiac tamponade as the initial presentation of malignancy: is it as rare as previously supposed? *Postgrad Med J* 1994; 70: 703-7.
2. Wilkes JD, et al. Malignancy-related pericardial effusion. 127 cases from the Roswell Park Cancer Institute. *Cancer* 1995; 76: 1377-87.
3. Jamshed A, et al. Pericardial metastasis in carcinoma of the uterine cervix. *Gynecol Oncol* 1996; 61: 451-3.
4. Santala M. Endometrial adenocarcinoma complicated by malignant pericardial effusion. *Gynecol Oncol* 1995; 56: 444-5.
5. Brzzese V. Neoplastic pericarditis secondary to ovarian adenocarcinoma. Report Clinical Case. *Minerva Med* 1994; 85: 607-10.
6. Vaitkus PT. Treatment of malignant pericardial effusion. *JAMA* 1994; 272: 59-64.
7. Laham JT, et al. Pericardial effusion in patients with cancer: outcome with contemporary management strategies. *Heart* 1996; 75: 67-71.