grado con colitis ulcerosa, diverticulosis colónica, carcinomas gástrico y esofágico, adenocarcinoma pancreático y linfoma gástrico. No hay descrita asociación significativa entre endocarditis por *S. bovis* y LLC.

E. Crespo Valadés, A. Blanco Jarava, A. Sánchez Castaño

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

1. Nakamura K, Satomi G, Sakai T, Ando M, Hashimoto A, Koyanagi H, et al. Clinical and echocardiographic features of pulmonary valve endocarditis. *Circulation* 1983; 67: 198-204.
2. Cremieux AC, Witchitz S, Malergue MC, Wolff M, Vittecoq D, Vilde JL, et al. Clinical and echocardiographic observations in pulmonary valve endocarditis. *Am J Cardiol* 1985; 56: 610-3.
3. Ramadan FB, Beanlands DDS, Burwash IG. Isolated pulmonic valve endocarditis in healthy hearts: Case report and review of literature. *Can J Cardiol* 2000; 16: 1282-8.
4. Díaz F, Collazos J, Lekuona I. Isolated pulmonary valve endocarditis caused by *Streptococcus bovis*: case report and review. *Clin Microbiol Infect* 1998; 4: 599-600.
5. Ruoff KL, Miller SI, Garner CV, Ferraro MJ, Calderwood SB. Bacteremia with *Streptococcus bovis* and *Streptococcus salivarius*: clinical correlates of more accurate identification of isolates. *J Clin Microbiol* 1989; 27: 305-8.
6. Ballet M, Gevigney G, Garé JP, Delahaye F, Etienne J, Delahaye JP. Infective endocarditis due to *Streptococcus bovis*. A report of 53 cases. *Eur Heart J* 1995; 16: 1975-80.
7. Kupferwasser I, Darius H, Müller AM, Mohr-Kahaly S, Westermeier T, Oelert H, et al. Clinical and morphological characteristics in *Streptococcus bovis* endocarditis: a comparison with other causative microorganisms in 177 cases. *Heart* 1998; 80: 276-80.
8. Pergola V, Di Salvo G, Habib G, Avierinos JF, Philip E, Vailloud JM, et al. Comparison of clinical and echocardiographic characteristics of *Streptococcus bovis* endocarditis with that caused by other pathogens. *Am J Cardiol* 2001; 88: 871-5.
9. Duval X, Papastamopoulos V, Longuet P, Benoit C, Perronne C, Lepout C, et al. Definite *Streptococcus bovis* endocarditis: characteristics in 20 patients. *Clin Microbiol Infect* 2001; 7: 3-10.
10. González Juanatey C, Gonzalez Gay MA, Llorca J, Testa A, Corredoira J, Vidan J, et al. Infective endocarditis due to *Streptococcus bovis* in a series of nonadict patients: clinical and morphological characteristics of 20 cases and review of literature. *Can J Cardiol* 2003; 10: 1139-45.

terísticas angoroides, palpitaciones, taquiarritmia y disnea de un mes de evolución. En la exploración física la paciente presentaba taquicardia y taquipnea. El electrocardiograma (ECG) mostró taquiarritmia por fibrilación auricular, y en un ecocardiograma se observó una masa en aurícula derecha de 6 cms de diámetro máximo, que aparentemente se originaba en septo interauricular y producía obstrucción ligera en la entrada de la vena cava superior, sugestiva de mixoma o trombo. Una tomografía axial computarizada (TAC) torácica mostró una aurícula derecha irregular, con dudosa tumoración en su interior, sin evidencia de adenopatías mediastínicas ni masas pulmonares. Una resonancia nuclear magnética (RMN) se informó como tumoración de aurícula derecha con engrosamiento infiltrante de toda su pared posterior y lateral (Fig. 1). Se intervino quirúrgicamente, y se observó una gran masa irresecable que infiltraba aurícula derecha, septo interauricular, venas pulmonares, parte de aurícula izquierda y septo aurículo-ventricular. Se tomó una biopsia para estudio histológico, en la que se observaron extensiones sólidas de células de tamaño grande con núcleos pleomórficos, que con técnicas inmunohistoquímicas fueron positivas con citoqueratina AE1/AE3. El diagnóstico fue infiltración cardíaca por carcinoma de mama metastásico. La paciente rechazó tratamiento quimioradioterápico, por lo que fue dada de alta con tratamiento sintomático, no acudiendo a revisiones posteriores.

Fig. 1. Resonancia nuclear magnética con contraste (T1: sangre negra): masa con realce que se extiende entre las desembocaduras de la vena cava superior e inferior, ocupando la porción posterior de la cavidad auricular.

Fibrilación auricular en paciente oncológica en remisión

Sr. Director:

La aparición súbita de una arritmia en un paciente con una neoplasia maligna conocida y sin patología cardíaca previa debe hacer pensar en la posibilidad de afectación metastásica del miocardio. Presentamos un caso de fibrilación auricular en una paciente con neoplasia de mama tratada

Mujer de 67 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia, a la que se le había realizado una mastectomía radical con linfadenectomía axilar por un carcinoma ductal de mama pT2 pN1b M0 4 años antes, tratado también con quimioterapia y radioterapia, que no mostró recidiva en revisiones posteriores. La paciente consultó por dolor torácico de carac-

Los tumores que afectan al corazón son habitualmente metastásicos, siendo los orígenes más frecuentes pulmón (37%) y mama (7%) (1,2), y casi siempre se presentan cuando la enfermedad está diseminada, estando asociados a un mal pronóstico (2). En ocasiones pueden ser también el primer signo de una recidiva tumoral, como en nuestro caso. Producen manifestaciones clínicas en el 10% de los casos (1), como derrame pericárdico, fallo cardíaco congestivo, arritmias o infartos. Las arritmias son resultado de varios factores como hipoxemia, anemia o alteraciones en la concentración de los electrolitos, y su tipo depende del tamaño del tumor y de su localización en relación con el sistema de conducción (2,3). Dentro de ellas, la fibrilación auricular y la taquicardia supraventricular son las más frecuentes en los tumores que infiltran el corazón (4,5).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con un trombo en las cavidades cardíacas o con un tumor primario como el mixoma. El

estudio histopatológico de la lesión junto con las técnicas inmunohistoquímicas permiten realizar un diagnóstico concluyente. Dentro de las pruebas de imagen, la RMN es la técnica de elección ya que, a diferencia del TAC o del ecocardiograma, muestra una excelente resolución, permitiendo diferenciar entre tumor y miocardio (2).

C. Álvarez Álvarez, F. Tardáguila Montero¹, J. A. Carrillo Sande², B. Iglesias Rodríguez

Servicios de Anatomía Patológica, ¹Radiología y ²Medicina Interna. Hospital POVISA. Vigo, Pontevedra

1. Calzas J, Lianes P, Cortés-Funes H. Corazón y neoplasias. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 314-31.
2. Chiles C, Woodard PK, Gutiérrez FR, Link KM. Metastatic involvement of the heart and pericardium: CT and MR imaging. RadioGraphics 2001; 21: 439-49.
3. Roigas J, Schroeder J, Rudolph B, Schnorr D. Renal cell cancer with a symptomatic heart metastasis. BJU Int 2002; 90: 622-3.
4. López FF, Mangi A, Mylonakis E, Chen JL, Schiffman FJ. Atrial fibrillation and tumor emboli as manifestations of metastatic leiomyosarcoma to the heart and lung. Heart Lung 2000; 29: 47-9.
5. Tamura A, Matsubara O, Yoshimura N, Kasuga T, Akagawa S, Aoki N. Cardiac metastasis of lung cancer. Cancer 1992; 70: 437-42.

Hematoma mesentérico espontáneo de causa incierta

Sr. Director:

El estudio de las masas mesentéricas constituyen un reto para el clínico, ya que pueden tener diversos orígenes: hemorrágico, tumoral, inflamatorio e infeccioso. En el diagnóstico de las hemorragias suele ser necesario, además de un alto índice de sospecha, la realización de pruebas de imagen que la confirmen. Presentamos el caso de un paciente con un hematoma mesentérico espontáneo de causa incierta.

Varón de 64 años con antecedentes de cólicos nefríticos de repetición, que acude a urgencias por vómitos, dolor cólico renoureteral y anuria de 24 horas de evolución. A la exploración estaba afebril y normotenso, el abdomen era blando, depresible y no se palpaban masas. En la analítica destacaba urea 95,7 mg/dl, creatinina 7.5 mg/dl y un descenso de 3 puntos de hemoglobina respecto del control realizado el mes antes. El estudio de coagulación fue normal. En la ecografía de abdomen se visualizó una ureterohidronefrosis bilateral por litiasis múltiple, así como una imagen hipocogénica retroperitoneal mal delimitada. Se colocó un catéter de nefrostomía derecho, normalizándose la función renal en pocos días. Una TAC abdominal reveló la existencia de una masa de 10 x 5 cm situada a nivel mesentérico, por debajo del páncreas, de naturaleza no precisada (Fig. 1). El estudio analítico, incluyendo marcadores tumorales, no mostró anomalías significativas. Se realizó una colonoscopia y una endoscopia digestiva alta sin alteraciones. Durante su estancia en nuestro Servicio el paciente se mantuvo estable y asintomático en todo momento. Se llevó a cabo una punción-aspiración con aguja fina dirigida mediante la TAC, obteniéndose un frotis hemático, sin células malignas. La RNM abdominal, realizada 2 semanas después del ingreso, mostraba una masa de 5 x 3 x 2 cms, situada por

Fig. 1. TAC abdominal: hematoma mesentérico, catéter de nefrostomía derecho.

delante de la cuarta porción duodenal y por debajo de la cabeza pancreática, compatible con hematoma en evolución subagudo. Una arteriografía selectiva de tronco celiaco y mesentérica superior puso en evidencia la existencia de una estenosis suboclusiva a nivel de tronco celiaco con marcado desarrollo de la arcada pancreatoduodenal, sin apreciarse malformación vascular ni aneurisma. En la TAC abdominal de control, realizado 2 meses después, se comprobó la resolución completa del hematoma.

Las hemorragias mesentéricas o retroperitoneales se producen, en general, en pacientes con antecedentes de traumatismos abdominales y, con menor frecuencia, durante tratamientos prolongados con anticoagulantes (1) o pacientes con diátesis hemorrágica (2). En casos raros, se han descrito asociados a la rotura de aneurismas (3,4) o malformaciones vasculares que afectan a arterias del territorio esplácnico. La arteria que se afecta con mayor frecuencia es la esplénica seguida de la hepática (4). Los aneurismas de la arteria pancreatoduodenal son extremadamente raros (5). Cerca del 30% de los mismos se desarrollan como complicación de una pancreatitis aguda o crónica. Pueden manifestarse como una hemorragia retroperitoneal o digestiva o como hallazgo casual en una TAC o angiografía (6). La clínica del hematoma mesentérico varía dependiendo de la localización y extensión del sangrado. Varias entidades deben considerarse en el diagnóstico diferencial radiográfico: leiomioma o leiomyosarcoma intestinal, tumor primario o secundario del mesenterio, linfoma mesentérico, sarcoma retroperitoneal o quiste mesentérico con sangrado (7).

En nuestro caso, el paciente presentaba una estenosis suboclusiva de tronco celiaco con un gran desarrollo de la arcada pancreatoduodenal sin poder demostrarse aneurisma de la misma por arteriografía. Creemos que el esfuerzo de los vómitos secundarios a cólico nefrítico pudo romper una de estas finas arterias colaterales y producir el hematoma, si bien no podemos descartar la existencia de un aneurisma que haya desaparecido tras el sangrado, similar al caso descrito por Kabroud y cols. (6) en el que se objetivó la desaparición de un aneurisma de la arteria pancreatoduodenal atribuida a la probable trombosis espontánea o taponamiento del mismo por el propio hematoma.

I. M. Aguilar Fernández, I. Martínez Ríos, J. C. Gavilán Carrasco, A. Hidalgo Conde

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga