

## UN CASO DE SARCOMA PRIMITIVO DE CORAZON

(NOTA PREVIA)

DR. T. FERNÁNDEZ AMELA  
ACADEMICO C. DE LA REAL DE MEDICINA  
DE GRANADA

DR. A. MORENO QUESADA  
ANATOMOPATOLOGO DE LA BENEFICENCIA  
PROVINCIAL DE JAEN

Los tumores de corazón se encuentran con poca frecuencia dentro del grupo de causas determinantes de cardiopatía. El hecho de su publicación, relativamente poco frecuente, está motivado por la rareza de su hallazgo, la gran importancia clínica que de ello se deriva y el manifiesto interés desde el punto de vista anatomopatológico.

Dentro del grupo de los tumores del corazón, existen muchos de localización secundaria con punto de partida de los más diversos lugares de nuestra economía en forma de localizaciones metastásicas, pero mucho menos frecuente es el asiento primario; entre estos se han descrito las más diversas formas, desde el grupo de tumores benignos, hasta los de mayor indiferenciación.

En el caso que a continuación se cita, presentamos un sarcoma primitivo de corazón sin localizaciones metastásicas.

### CASO CLINICO

Se trata de una enferma de 37 años, casada, cuyos antecedentes familiares carecen de interés.

Desde pequeña aqueja bronquitis de repetición que curaban sin tratamiento. Menarquía a los 13 años, bien reglada hasta hace dos meses. Hace dos meses amenorrea.

Su historia comienza hace 15 días en que se acentúa un proceso bronquial con marcada disnea de esfuerzo, disnea en reposo y ortopnea. Tos intensa, irritativa con expectoración mucosa. Palpitaciones «en salvas», al principio y continuas desde hace diez días. Desde este tiempo nota hinchazón de tobillos y sensación de plenitud pos-pradial.

En este estado se presenta en la Clínica de Cardiología del Hospital Provincial de Jaén.

*Exploración clínica.*—Enferma mal nutrida con cianosis de piel y mucosas. Lengua saburral. Latido de la punta en 5° espacio en línea medioclavicular. Arritmia. Soplo sistólico en foco pulmonar. Abundantes estertores húmedos en bases. Hígado a tres traveses de dedo por bajo de reborde costal. Edema intenso en piernas. Tensión arterial humeral 135/85.

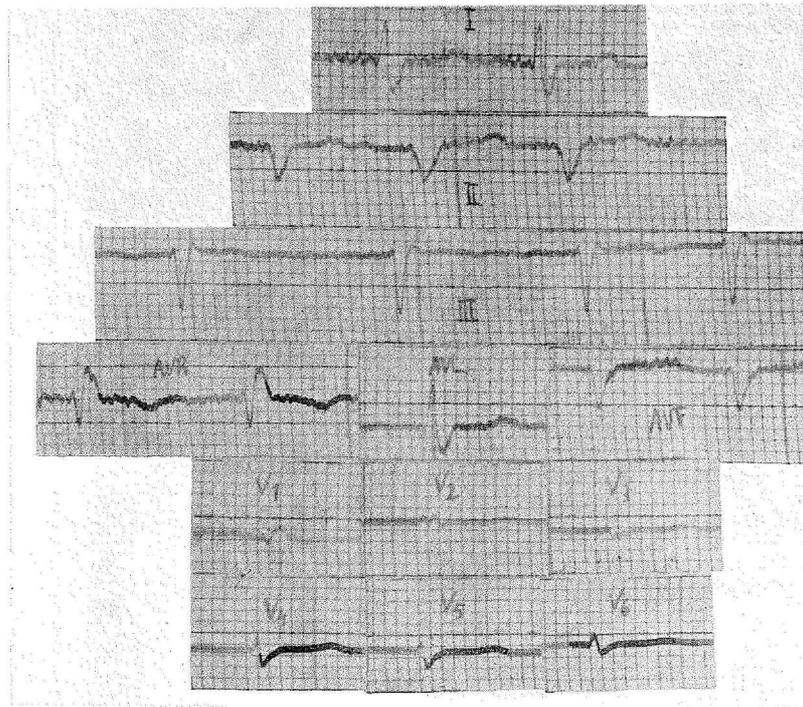
*Radioscopia de torax.*—Corazón de configuración mitral con gran saliente del segundo arco izquierdo. Con tránsito esofágico se aprecia una moderada dilatación de la aurícula izquierda. Aumento del dibujo bronquial. Derrame pleural izquierdo que ocupa aproximadamente la tercera parte del hemitorax. Mala movilidad diafragmática.

*Electrocardiograma.*—Fibrilación auricular. Bloqueo de rama derecha, tipo WILSON.

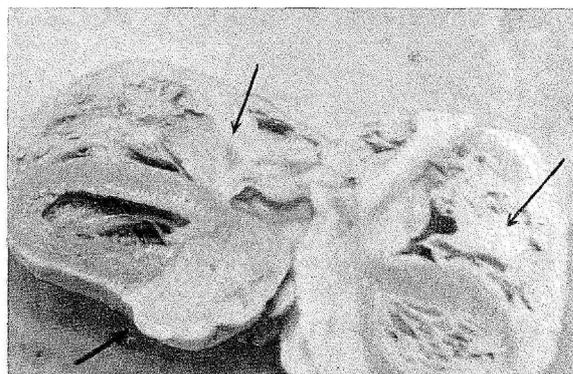
*Hemograma.*—Hematíes: 4.250.000.  
Hemoglobina: 93%.  
Leucocitos: 9.400.  
Eosinófilos: 0.  
Basófilos: 0.  
Neutrófilos: 82.  
Linfocitos: 13.  
Monocitos: 5.

Velocidad de sedimentación: 88 mm. en la primera hora.

Se hospitaliza a la enferma para su observación y tratamiento de su insuficiencia cardiaca congestiva con régimen



E. L. G. del caso.





hiposódico, reposo, digital, diuréticos mercuriales y extractos musculares.

En los cuatro días siguientes la enferma no mejora, tiene crisis de disnea nocturna, apirexia, y su diuresis es de 250-350 c. c. por día.

Al quinto día de estar hospitalizada muere súbitamente.

Se solicita la colaboración de los servicios de Anatomía Patológica para la práctica de la necropsia.

#### ESTUDIO ANATOMO-PATOLÓGICO

*Examen macroscópico.*—Torax: Líquido seroso en ambas cavidades pleurales en cantidad de 800 c. c.

Pulmones: Congestivos y edematosos.

Pericardio: El saco pericárdico está libre; por incisión sale un líquido seroso en cantidad de 200 c. c.

Corazón: Grande con nódulos blanquecinos que sobresalen en la superficie. La aurícula izquierda está ocupada por la prominencia de uno de estos nódulos (el de mayor tamaño) sin dejar apenas espacio libre en la cavidad; en la superficie externa del órgano este nódulo tiene un aspecto irregular.

Los restantes nódulos están repartidos por todo el parenquima cardíaco, ocupando las paredes anterior, posterior y parte del tabique aurículo-ventricular.

Mediastino: Ligero edema generalizado. No se aprecian nódulos tumorales.

El corte del corazón nos muestra gran modificación en la arquitectura del órgano. La aurícula izquierda está casi desaparecida. La derecha también reducida de tamaño por la prominencia que hace el nódulo aurículo-ventricular. En el ventrículo derecho también se aprecia una disminución de la cavidad con presencia de abundantes nódulos.

En el ventrículo izquierdo, resalta la hipertrofia de los músculos papilares y del tejido muscular

Los nódulos cardíacos tienen un color blanquecino, si bien

en su centro hay zonas semejantes a las de necrosis o caseosis; los situados en pleno tejido muscular tienen en su centro estriaciones sanguinolentas.

En el resto de los órganos no se aprecian alteraciones anatómicas a excepción del bazo que está ligeramente aumentado de tamaño, con predominio del diámetro longitudinal.

No se han visto nódulos tumorales en ninguna otra región.

*Examen microscópico.*—Fijación en formol al 10 %.

Cortes por congelación.

Colaboración: Hematoxilina-Eosina e Impregnación argéntica según método de Río-Hortega.

Los cortes examinados presentan una masa celular muy uniforme con zonas de necrosis isquémica. Las células son redondas y pequeñas con núcleo muy cromático y protoplasma ligeramente eosinófilo. En medio de la masa celular hay algunas células mayores, de protoplasma y núcleo claro, semejantes a los histiocitos. También se encuentran algunas células de núcleo lobulado.

La hipercromatosis y la presencia de algunas mitosis atípicas dentro de la monotonía celular, nos hace establecer el diagnóstico de sarcoma indiferenciado de corazón.

Según la revisión de la bibliografía practicada por nosotros, la publicación de este caso, eleva a 136 el número de casos citados en la literatura mundial de sarcoma primitivo de corazón.