

Editorial: Hospital Metropolitano
ISSN (impreso) 1390-2989 - **ISSN (electrónico)** 2737-6303
Edición: Vol. 29 (suppl 2) 2021 - noviembre
DOI: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol29/supple2/2021/8-9>
URL: <https://revistametrociencia.com.ec/index.php/revista/article/view/332>
Pág: 8-9

Infección por COVID 19 y angiosarcom a cardíaco una combinación letal

OBJETIVO

Revisión y presentación de un caso inusual de angiosarcoma cardíaco primario, resaltando la importancia de un adecuado manejo diagnóstico y terapéutico, en épocas de pandemia, donde un error puede resultar mortal.

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años de edad, no fumadora, sin comorbilidades; se presentó en emergencia con historia de 3 semanas de hemoptisis, tos y disnea progresiva severa. Ingresó a clínica privada, inicialmente tratada como Neumonía adquirida en la comunidad. Exámenes iniciales: Leucocitosis, Rx de tórax: opacidad en vidrio deslustrado en lóbulo superior derecho; bajo la sospecha de SARS COV2 se realizó RT-PCR por 2, las cuales fueron negativas, recibió antibiótico y oxigenoterapia, sin mejoría.

Presentó un episodio de hemoptisis masiva, que requirió transfusión sanguínea. TAC de tórax reveló patrón en vidrio deslustrado que compromete ambos campos pulmonares, con nódulos periféricos, derrame pericárdico y una masa cardíaca previamente no reconocida. ETE: imagen compatible con vegetación en el velo posterior de la válvula tricúspide, se inició manejo bajo la sospecha de Endocarditis infecciosa; sin embargo con deterioro progresivo, por lo que fue trasladada a nuestro Hospital.

A su llegada, paciente consciente, disneica. FR: 25. Sat: 74% FIO 21%. T: 36.5. Auscultación cardíaca normal. Crepitantes diseminados. TAC de tórax revela la hemorragia alveolar difusa, y masa auricular derecha, se realiza nuevo ETE que mostró una gran masa intracardíaca heterogénea lobulada (7 x 6 x 4 cm)

dentro de la aurícula derecha; tenía una base ancha que llegaba hasta la válvula tricúspide. Se decide re solución quirúrgica bajo sospecha diagnóstica de neoplasia vs trombo vs vegetación cardíaca.

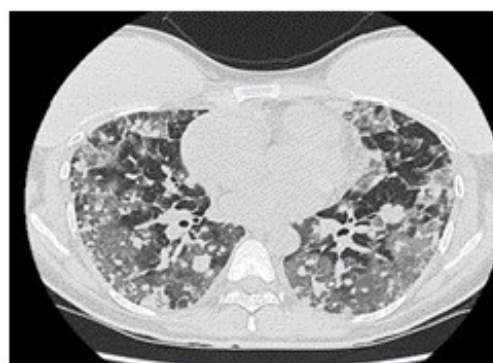


Figura 1. TAC de tórax S/C: signos de hemorragia alveolar difusa y múltiples nódulos pulmonares, masa en AD.



Figura 2. EIE: masa intracardíaca de 7x6x4 cm en AD hasta la válvula tricúspide.

Laboratorio

- Hb 10,4 g/ dl.
- Plaquetas 121.000 X10³/ml.
- Dímero D: 3849 ng/ ml.
- Ferritina 221Sug/l.
- LDH 1291UI /L.
- EKG: normal.

Se realiza cirugía: pericardiotomía en T mostró un tumor el mismo que había penetrado a través de la pared de la AD, medía 6x6x4 cm e involucraba el surco AV, la resección del tumor no fue posible debido a que la infiltración fue extensa. Se completó la cirugía y la paciente se retiró con éxito del bypass cardiopulmonar.

En UCI presentó hipotensión brusca que requirió inotrópicos. Un nuevo ETE reveló que la masa cardíaca estaba ausente, y solo una pequeña parte era evidente. A pesar de los esfuerzos terapéuticos, la paciente sufrió shock cardiogénico debido a una embolia tumoral pulmonar.

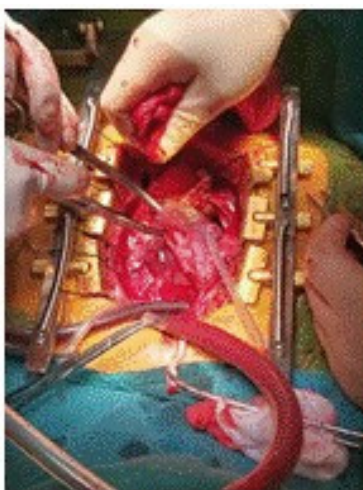


Figura 3. Bypass cardiopulmonar, pericardiotomía que muestra infiltración tumoral.

La patología confirmó angiosarcoma cardíaco primario de alto grado; inmunohistoquímica fue positiva para CD34, vimentina.

El angiosarcoma cardíaco es el subtipo más común (30%) y se caracteriza por su naturaleza mortal, lo mayoría se encuentran en una etapa tardía con metástasis distal e invasión local avanzada. Es común en hombres de mediana edad (30-40 años); aparece en cualquier parte del corazón, con predominio en aurícula derecha (90%).

La cirugía temprana es la mejor oportunidad para prolongar la supervivencia del paciente, por lo que el alto sospecho clínico y el diagnóstico temprano, incluso en tiempos de pandemia, son de suma importancia.

Ana Gabriela Finke Barriga¹
Quito, Ecuador

Hospital Metropolitano

 <https://orcid.org/0000-0002-0454-6313>

Aldo Zavala Segovia²

Quito, Ecuador

Hospital Metropolitano

 <https://orcid.org/0000-0002-0846-1333>