

Figura 1. A) Escáner torácico con contraste: consolidaciones alveolares en ambas bases pulmonares, más prominentes en el pulmón derecho. B) Biopsia pulmonar: múltiples «bolas» de fibrina intraalveolares, engrosamiento inflamatorio de los septos alveolares y áreas de neumonía organizada distribuida en parches.

dosis de manera progresiva, según la evolución clínica². Se pueden añadir inmunosupresores (principalmente, micofenolato mofetilo, azatioprina y ciclofosfamida) desde el inicio, pero su utilidad parece ser mayor en los casos de NOFA que presentan recaídas frecuentes y se asocian con enfermedades autoinmunes².

Dada la rareza de la NOFA y la necesidad de practicar una biopsia pulmonar para su diagnóstico, nuestro caso ilustra que esta entidad podría estar infradiagnosticada, por lo que aconsejamos tomarla en consideración en todos los casos de neumonía con respuesta inadecuada al tratamiento anti-infeccioso.

Bibliografía

1. Beasley MB. Acute fibrinous and organizing pneumonia: A histological pattern of lung injury and possible variant of diffuse alveolar damage. *Arch Pathol Lab Med.* 2002;126:1064-70.
2. Kuza C, Matheos T, Kathman D, Heard SO. Life after acute fibrinous and organizing pneumonia: A case report of a patient 30 months after diagnosis and review of the literature. *J Crit Care.* 2016;31:255-61.

3. Akhtar A, Ul Abideen Z. Acute fibrinous and organizing pneumonia masquerading as a lower respiratory tract infection: A case report and review of the literature. *BMC Res Notes.* 2015;8:38.
4. Kokosi MA, Nicholson AG, Hansell DM, Wells AU. Rare idiopathic interstitial pneumonias: LIP and PPFE and rare histologic patterns of interstitial pneumonias: AFOP and BPIP. *Respirology.* 2016;21:600-14.

José Antonio Vargas-Hitos^{a,*}, Joaquín Fernández-Muñoz^a, Mercedes Caba-Molina^b y Juan Jiménez-Alonso^a

^a Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseantoniovh@hotmail.com (J.A. Vargas-Hitos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.05.023>
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Metástasis cardíacas de una neoplasia pulmonar



Cardiac Metastases from A Lung Tumor

Sr. Director:

La afectación cardíaca por cáncer de pulmón es poco frecuente, asociándose a mal pronóstico y en muchas ocasiones no es conocida hasta la realización de la autopsia. Existen pocos casos publicados en la literatura de cáncer de pulmón con metástasis intracardiacas. Presentamos el caso de un paciente que en el momento del diagnóstico presenta metástasis cardíacas.

Varón de 43 años, fumador, con una dosis acumulada de 30 paquetes/año, bebedor ocasional, sin otros antecedentes patológi-

cos de interés. Consultó en urgencias por tos con expectoración mucosa, disfonía y síndrome constitucional de 3 meses de evolución. La exploración era anodina y conservaba un buen estado general. Se le realizó una analítica de sangre en la que destacaba una trombocitosis de 580.000/mm³ plaquetas, hemoglobina 12 g/dl, leucocitos 12.000/mm³ y PCR de 10. En la radiografía de tórax se observaba una masa en el lóbulo superior derecho con cardiomegalia global. El electrocardiograma mostraba taquicardia sinusal. Ante estos hallazgos se decidió completar el estudio, en el que se realizó:

– *Tomografía computarizada (TC)*: describía una masa de más de 5 cm de contornos lobulados y márgenes espiculados con amplio contacto pleural en segmento apical del lóbulo superior derecho

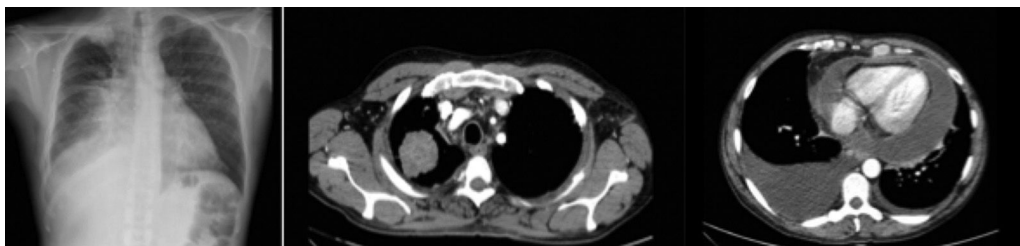


Figura 1. Radiografía de tórax con masa pulmonar y cardiomegalia global. Imágenes de la TC en las que se observa masa pulmonar en el LSD y el derrame pleuropericárdico.

(LSD), otra masa de 2,5 cm en segmento apical en contacto con pleura mediastínica que obstruye el segmento 3 con neumonitis distal. Múltiples nódulos pulmonares bilaterales, adenopatías mediastínicas mayores de 1 cm en región supraclavicular bilateral y todos los espacios mediastínicos. Derrame pericárdico significativo con engrosamiento pericárdico difuso. Derrame pleural derecho significativo e izquierdo leve. Lesión hipodensa hepática de más de 2 cm localizada en segmento IV. Engrosamiento nodular de la glándula suprarrenal izquierda y una lesión ósea lítica en cuerpo vertebral D8 sugestiva de metástasis. Conclusión: Masas pulmonares compatibles con neoplasias sincrónicas. Estadio IV (fig. 1).

– *Ecocardiografía:* mostraba un derrame pericárdico de cuantía severa y predominio posterior con mínimos datos de repercusión hemodinámica e imágenes de varias masas multilobuladas y móviles, de varios centímetros de tamaño, adheridas a pericardio visceral en zona anterior, lateral y posterior. Una imagen ecogénica intramiocárdica de unos 15 × 9 mm en cara inferior compatible con implante metastásico.

Se realizó una toracocentesis diagnóstica cuyos resultados no fueron concluyentes. Durante la broncoscopia el paciente presentó episodio de hipotensión por lo que la prueba fue suspendida. El diagnóstico se hizo mediante punción aspiración por aguja fina (PAAF) guiada por TC, siendo compatible con el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar. En la citología se solicitó mutación de EGFR y ALK con resultado de «mutación no presente» y «no traslocación», respectivamente.

Al ingreso se planteó la realización de pericardiocentesis para evitar un posible taponamiento cardiaco, pero dada la estabilidad hemodinámica, se decidió iniciar tratamiento con corticoides, con mejoría clínica y ecocardiográfica comprobada en control posterior. El paciente fue derivado a oncología médica para inicio de tratamiento quimioterápico.

En el corazón puede metastatizar cualquier neoplasia maligna. Aunque las neoplasias cardíacas primarias son raras, la afectación secundaria a otro tumor primario no es tan infrecuente y le confiere un peor pronóstico. Hay estudios que muestran una incidencia mayor a la esperada, que oscila entre el 2,3-18,3%¹. Bussanni et al.² realizaron 18.751 necropsias, de ellas 7.289 tenían cáncer, en los que se hayó una afectación cardíaca en un 9,1% de los sujetos. El tumor primario más frecuente es el mesotelionoma (48%), seguido del melanoma (27,8%) y en tercer lugar el adenocarcinoma de pulmón (21%). La propagación linfática es considerada la más frecuente³,

aunque también está descrita la diseminación hematológica y en menor medida por extensión directa.

La presentación clínica es muy variable, dependiendo de su localización, comúnmente son asintomáticas, pero en otras ocasiones puede manifestarse como disnea, tos o dolor torácico⁴, incluso como taponamiento pericárdico. El manejo del derrame pericárdico dependerá del tipo de tumor primario que lo cause⁵, en el caso de los tumores pulmonares, algunas guías defienden⁵ que la mejor opción terapéutica para su resolución es la combinación de quimioterapia sistémica e intrapericárdica.

Este caso muestra una afectación rara de metástasis intracardiaca de un carcinoma pulmonar, lo que le confiere un peor pronóstico a la enfermedad. Hay que considerarlas en el diagnóstico diferencial de la enfermedad cardíaca concomitante a una neoplasia pulmonar.

Agradecimientos

Al Servicio de Neumología del Hospital Universitario Virgen de la Victoria.

Bibliografía

1. Hanfling SM. Metastatic cancer to the heart. Review of the literature and report of 127 cases. *Circulation*. 1960;22:474-83.
2. Bussani R, de-Giorgio F, Abbate A, Silvestri F. Cardiac metastases. *J Clin Pathol*. 2007;60:27-34.
3. Tamura A, Matsubara O, Yoshimura N, Kasuga T, Akagawa S, Aoki N. Cardiac metastasis of lung cancer. A study of metastatic pathways and clinical manifestations. *Cancer*. 1992;70:437-42.
4. DeCamp MM, Mentzer SJ, Swanson SJ, Sugarbaker DJ. Malignant effusive disease of the pleura and pericardium. *Chest*. 1997;112:291S-5S.
5. Lestuzzi C. Neoplastic pericardial disease: Old and current strategies for diagnosis and management. *WJC*. 2010;2:270-310.

Eva Cabrera César*, M. Carmen Fernández Aguirre y M. Victoria Hidalgo Sanjuan

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evacabreresesar@gmail.com (E. Cabrera César).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.06.004>

0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.